



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **14 septembre 2007**

**La prise en charge de la douleur
chronique dans les deux départements
de la région Corse**

Laurence GLEIZE

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier les médecins investis dans la prise en charge de la douleur chronique en Corse : Drs Briesse, Flori, Nicolas, Lebreton, Papadacci, Sergent, Terrier, qui ont toujours été disponibles pour évoquer avec chaleur et humanité leur travail auprès des patients douloureux.

Je tiens ensuite à remercier tous mes collègues de la DDASS de Haute Corse, qui m'ont accueilli depuis novembre 2006 dans une ambiance très sympathique et m'ont donné envie de travailler parmi eux. Merci également à Mmes Parigi, de l'association A Salvia, et Siméoni, de l'UDAF, qui se mobilisent depuis des années pour que la douleur des patients soit mieux prise en compte en milieu hospitalier. Merci aussi à l'URML et en particulier à sa secrétaire, pour la communication des résultats de l'enquête sur la douleur réalisée auprès des médecins libéraux.

Des remerciements particuliers à ceux qui ont accepté de relire ce travail : Mme Andréani de l'ARH Corse, Mme Grimaldi, Mr Meria et Catherine Suard à la DDASS de Bastia, le Dr Lebreton en tant que spécialiste de la douleur à Ajaccio, le Dr JL Wyart, mon maître de stage.

Merci enfin à mes amis de la promotion 2006 – 2007 pour leur bonne humeur et leur gentillesse, qui ont éclairé ces allers retours parfois difficiles sur Rennes.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE.....	5
1.1 La douleur dans l'histoire : une construction culturelle et sociale	5
1.2 La prise en charge de la douleur : un sujet aujourd'hui d'actualité.....	8
1.3 La politique de lutte contre la douleur menée dans le cadre des programmes nationaux.....	9
1.4 La prise en charge de la douleur chronique en Corse.....	12
1.5 Le choix du thème.....	14
1.5.1 Les hypothèses de travail ou sous questions :	14
1.5.2 L'objectif du mémoire :	15
1.5.3 La prise en charge de la douleur chronique : un dossier relevant de la compétence du médecin inspecteur.....	15
2 METHODOLOGIE.....	17
2.1 Préciser le diagnostic de l'existant.....	17
2.1.1 Prise en compte de la douleur par les établissements de santé	17
2.1.2 Prise en compte de la douleur en dehors d'un établissement de santé	17
2.1.3 Les consultations douleur.....	18
2.1.4 Les possibilités régionales de formation diplômante.....	18
2.2 Le point de vue des usagers	18
2.3 L'estimation des prises en charge pour douleur chronique hors de la région de patients domiciliés en Corse	19
2.4 La dimension culturelle de la douleur chronique : à la recherche d'une éventuelle spécificité corse.....	19
3 RESULTATS	21
3.1 L'existant :	21
3.1.1 Les établissements de santé	21
3.1.2 Les lieux de prise en charge en dehors des établissements de santé :	22
3.1.3 Les consultations douleur.....	28
3.1.4 Les possibilités de formation diplômante	30

3.2	Le point de vue des usagers.....	31
3.3	Les patients résidant corses vus en consultation douleur hors de la région.....	34
3.4	La dimension culturelle et sociale.....	34
4	DISCUSSION.....	37
4.1	Une large méconnaissance de la problématique de la prise en charge de la douleur chronique	37
4.2	Des moyens insuffisants.....	38
4.3	Des moyens peu connus.....	39
4.4	De possibles freins culturels	40
4.5	Une absence de volonté politique forte.....	41
4.6	La douleur chronique : un véritable problème de santé publique.....	42
5	QUELLES PROPOSITIONS FORMULER AUJOURD’HUI POUR QUE LA CORSE METTE EN PLACE UNE PRISE EN CHARGE REGIONALE STRUCTUREE DE LA DOULEUR CHRONIQUE ?	45
5.1	Une nécessaire mutualisation des moyens	45
5.2	Quel financement envisager pour la mise en place de véritables consultations douleur ?	47
5.3	Que faut il pour qu’une consultation douleur soit officiellement reconnue par l’ARH ?	48
	Conclusion.....	51
	Bibliographie.....	53
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ALD	Affection longue durée
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLUD	Comité de lutte contre la douleur
CMUC	Couverture médicale universelle complémentaire
CNGE	Collège national des généralistes enseignants
CNRD	Centre national de ressources de la douleur
COM	Contrat d'objectif et de moyens
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSP	Code de la Santé Publique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
DU	Diplôme d'université
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Équivalent temps plein
EVA	Échelle visuelle analogique
EVS	Échelle verbale simple
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FMESPP	Fonds de modernisation des établissements publics et privés
FNCLCC	Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité de santé
IASP	International association for the study of pain
IEM	Institut d'éducation motrice
IME	Institut médico - éducatif
MAS	Maison d'accueil spécialisée pour personnes handicapées
MIGAC	Mission d'intérêt général
MISP	Médecin inspecteur de santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACA	Provence Alpes Côte d'Azur
PE	Projet d'établissement

SFETD	Société française d'étude et de traitement de la douleur
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UCSA	Unité de consultation et de soins ambulatoires
UDAF	Union départementale des associations familiales
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux
USLD	Unité de soins de longue durée

"La douleur, c'est le mal-vivre, c'est une guérison plus lente, c'est un phénomène qui induit de la dépendance par rapport, non seulement aux équipes soignantes, mais aussi par rapport à l'entourage... Bref, la douleur, c'est le contraire de la vie".

Lucien Neuwirth, Président d'honneur de « Vaincre la Douleur en France - Hôpital 2000 »

« Je suis convaincu que, presque toujours, ceux qui souffrent souffrent bien comme ils le disent, et qu'apportant à leur douleur une attention extrême, ils souffrent plus qu'on ne saurait imaginer. Il n'y a qu'une douleur qu'il soit facile de supporter, c'est celle des autres. »

René Leriche, *La chirurgie de la douleur*, 1937.

« La douleur veut ne plus faire qu'un avec moi, peser sur moi, se dilater, s'étendre en moi, être ma ville, moi son unique habitant, régner, avoir son saoul en moi ; »

Henri Michaux, *Face à ce qui se dérobe*.

INTRODUCTION

La douleur¹ se définit comme “une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire réelle ou virtuelle ou décrite en ces termes”. Cette définition de l'International Association for the Study of Pain (IASP) souligne la grande variabilité qui peut exister entre chaque individu, dans la perception et l'expression de la douleur, face à une même stimulation douloureuse. Expérience subjective, quel que soit son mécanisme initiateur somatique, neurologique ou psychologique, la douleur est colorée par l'histoire du patient et son contexte de vie. La définition proposée par l'IASP, en mettant en lumière le caractère à la fois intime et plurifactoriel de toute douleur, évoque en filigrane les difficultés d'appréhension et de prise en charge du phénomène douloureux : comment mesurer une sensation subjective ? Comment appréhender tous les facteurs mis en jeu ? Elle implique également qu'une personne qui exprime une douleur ressentie comme physique doit être considérée comme ayant mal, même si une lésion n'a pu être mise en évidence. Cependant, en insistant beaucoup sur l'expression verbale, elle prend le risque de négliger les situations où la douleur ne s'exprime que par des attitudes ou des modifications de comportement, comme chez le jeune enfant ou le sujet très âgé.

Deux types de douleur sont schématiquement reconnus. La douleur aiguë de courte durée comme la douleur post-opératoire, la douleur post-traumatique ou la douleur provoquée de certains actes et soins, peut paraître supportable en raison de la certitude du soulagement à venir. La douleur chronique rebelle comme la douleur des lombalgies et céphalées chroniques, celle de la maladie cancéreuse ou la douleur neuropathique en général, est au contraire, « *une longue et pénible entrave à l'existence*² » du fait de sa durée et de sa persistance malgré les traitements antalgiques usuels. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose de reconnaître la douleur comme chronique lorsqu'elle dure plus de 6 mois.

Par sa nature subjective, dépourvue de marqueur biologique, échappant à toute imagerie conventionnelle, la douleur aiguë ou chronique a longtemps été sous-estimée. Prendre en charge la douleur nécessite en effet d'admettre sa réalité, de connaître les moyens de son soulagement, de considérer la personne dans sa globalité et d'entendre sa plainte. Or chacun d'entre nous interprète et exprime la sensation douloureuse à partir de ses

¹ H. MERKSEY, Pain terms: a list with definition and notes on usage. *Pain* 6 (1979), p. 249–252.

² David LE BRETON, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié, 2006, p.29.

expériences passées ; celui qui essaie de trouver des mots pour décrire l'intensité de sa douleur sait que personne ne peut la ressentir à sa place ou la partager avec lui.

La douleur chronique, de par sa fréquence, peut pourtant être considérée comme un véritable problème de santé publique. Une récente revue de la littérature³ estime à 35 % sa prévalence moyenne pondérée dans les pays industrialisés. Cette prévalence augmenterait avec l'âge⁴, pour atteindre 40 % chez les personnes de plus de 80 ans.

Si la France est longtemps restée à la traîne sur la prise en charge de la douleur, depuis plus de 10 ans, différentes mesures législatives et réglementaires témoignent au contraire d'une prise de conscience des pouvoirs publics et des professionnels. En 1994 ont été diffusées des recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique, auxquelles se sont ajoutés trois plans gouvernementaux successifs, en 1998 (1998 – 2000), 2002 (2002 – 2005) et 2006 (2006 – 2010). Ce dernier plan prévoit une déclinaison régionale.

C'est ainsi que la perspective d'élaboration du plan régional douleur de la Corse a conduit à s'interroger sur l'organisation actuelle de la prise en charge de la douleur chronique dans les deux départements de Corse du Sud et de Haute Corse.

Il n'existe actuellement en Corse aucune consultation douleur spécialisée identifiée et fonctionnant avec une équipe pluridisciplinaire, au sens où l'entendent les plans nationaux.

Les possibilités de prise en charge reposent avant tout sur la volonté de praticiens formés dans la prise en charge de la douleur mais isolés, travaillant essentiellement seuls, sans équipe et sans liens formalisés entre eux. Ces possibilités de prise en charge concernent cinq praticiens en Corse du Sud, et deux en Haute Corse ; les professionnels impliqués prennent en charge des patients douloureux chroniques en sus de leur activité « ordinaire », sans moyens ni reconnaissance particuliers. Or une demande croissante de la part de la population est à prévoir, du fait d'une meilleure information des usagers, d'une évolution de l'attitude des médecins comme des patients vis à vis de la douleur,

³ Christa HARSTAL How prevalent is chronic pain? *Pain: Clinical Updates*, 2003, X, 1–4.

⁴ Renée SEBAG LANOË, Bernard WARY, Danièle MISCHLICH, *La douleur des femmes et des hommes âgés*, Masson, 2003, 324 p.

mais aussi du caractère insulaire de la région et du vieillissement de la population corse, supérieur à la moyenne française⁵.

Comment améliorer la prise en charge de la douleur chronique dans les deux départements de la région Corse ?

Pour répondre à cette question, après un rappel du contexte et de la problématique de la prise en charge de la douleur chronique, dans l'histoire, au plan national et en Corse, un état des lieux régional a été dressé à partir de données recueillies auprès des médecins algologues, des établissements de santé, des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées, des services d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des médecins des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) des prisons, et d'un échantillon de praticiens libéraux.

Ce constat a permis de formuler des recommandations pour une meilleure structuration de la filière douleur régionale.

⁵ La proportion de personnes de plus de 60 ans était en 2005 en Corse de 25%, contre 21% pour la France entière (source INSEE, disponible sur internet : <http://www.insee.fr>).

1 CONTEXTE ET PROBLEMATIQUE

1.1 La douleur dans l'histoire : une construction culturelle et sociale

La douleur est une construction culturelle et sociale : elle n'a pas la même signification à toutes les époques et dans toutes les civilisations. Comme le formule Roselyne Rey dans son livre « Histoire de la douleur⁶ » : « *il faut souligner la multiplicité des remèdes contre la douleur dans l'Antiquité gréco-romaine, admirer la pertinence des questionnements et analyser les comportements des médecins dans le passé, se demander enfin si des attitudes que, spontanément, nous croyons pluriséculaires, comme la résignation à la douleur, la réticence à la soulager avec tous les moyens disponibles au nom de craintes mal fondées, ou l'indifférence, ne sont pas en réalité de création assez récente.* »

La signification donnée à la douleur a évolué au cours du temps....

Si la douleur des hommes est aussi ancienne que l'Humanité, sa signification a fait l'objet au cours des siècles de discussions entre philosophes, penseurs, médecins et ministres des cultes.

Une valeur intrinsèque, éthique ou rédemptrice, lui a souvent été accordée. Pour le mouvement stoïcien apparu dans l'Antiquité gréco-romaine et qui s'étend sur plusieurs siècles, « la douleur n'est pas un mal ». Cette indifférence stoïcienne est encore renforcée au Moyen Age par l'enseignement du christianisme, essentiellement dans sa version catholique, qui fait de la douleur une jouissance, une voie d'entrée privilégiée dans la vie éternelle. Le sens de la douleur pour l'église catholique va ensuite évoluer peu à peu d'une douleur rédemption en douleur compassion, amenant la fondation, par les grands ordres religieux, des premières structures hospitalières. A la Renaissance, le protestantisme atténue quelque peu l'emprise de l'Eglise sur le corps⁷. Montaigne à la même époque s'interroge dans les Essais sur l'influence de l'opinion que nous avons de la douleur sur la réalité que nous éprouvons. Au XVIIe siècle, Descartes affirme que la douleur est une perception de l'âme. Dans le courant du XVIIIe siècle, un tournant se dessine dans la perception de la douleur et sa définition, en lien avec la déchristianisation de la société, la laïcisation de la pensée, la séparation entre la science et la métaphysique. Le thème de l'utilité de la douleur est souvent repris par les textes

⁶ Roselyne REY. *Histoire de la douleur*. P.12.

⁷ *Le Corps à la Renaissance*, actes du XXXième colloque de Tours (1987), sous la dir. de Jean CEARD, Marie-Madeleine FONTAINE et Jean-Claude MARGOLIN, Aux amateurs de livres, Paris, 1990, 502 p.

médicaux de l'époque : « *Ce fruit amer de la nature cache le germe d'un grand bienfait ; c'est un effort salutaire, un cri de la sensibilité par lequel notre intelligence est avertie du danger qui nous menace ; c'est le tonnerre qui gronde avant de frapper*⁸ ». Progressivement une attention plus grande est portée à la douleur, ce qui se traduit entre autres par la publication d'ouvrages spécifiques⁹ sur le thème.

Au XXe siècle la méthode embryologique se révèle un puissant moyen d'investigation des territoires corticaux, mais conduit à admettre que, si la perception de la douleur est étroitement liée à la conscience, l'absence de maturation des voies d'association intra corticales rend impossible, chez le nouveau né, cette perception. Il est ainsi courant, dans les années cinquante, de pratiquer des gestes douloureux sur des prématurés et des nourrissons sans anesthésie. Les progrès de l'électrophysiologie permettent de reconnaître l'existence de deux types de fibres chargées de conduire la douleur vers les centres, les unes rapidement, pouvant favoriser les réponses réflexes, les autres plus lentement. Le réflexe d'axone est proposé pour expliquer les phénomènes de causalgie, l'hyperesthésie et les douleurs nerveuses du zona, qui ont toutes pour caractéristiques de durer longtemps après la suppression de la cause.

... et les moyens de son soulagement également.

Le soulagement de la douleur est une obligation morale très ancienne de la profession médicale, évoquée par Hippocrate autour de 460 avant J.C (« *c'est une tâche divine que de soulager la douleur* ») et rappelée aujourd'hui aux praticiens français par l'article 37 du code de déontologie médicale¹⁰. Les médecins de l'antiquité, égyptiens, grecs ou romains connaissaient bien les substances naturelles qui provoquent le sommeil et apaisent la douleur. Cette pharmacopée traditionnelle a longtemps été seule disponible, avant que s'ouvre au début du XIXe siècle l'ère des grandes découvertes : la morphine, les premières tentatives d'anesthésie générale avec l'éther, puis le chloroforme, la mise en évidence de l'action anesthésique locale de la cocaïne, l'identification du principe actif de l'écorce de saule (dont les propriétés étaient connues depuis l'Antiquité), la mise sur le marché de l'aspirine, la purification de l'acéténilide, ancêtre du paracétamol. Des opérations chirurgicales sont menées avec succès à partir de 1830 grâce au recours à l'hypnose. Mais les médecins ne s'enthousiasment guère pour ces méthodes. En février

⁸ Marc Antoine PETIT, *Discours sur la douleur*, prononcé à l'ouverture des cours d'anatomie et de chirurgie de l'hospice général des malades de Lyon, an VII, p.90.

⁹ Benedetto MOJON. *Sull'utilita del dolore, De l'utilité de la douleur physique et morale*, trad. de l'italien par M. le baron Michel de Trétagne, Paris, Dentu, 1843,139p. (1^{er} éd., 1811).

¹⁰ Article R4127-37 du CSP.

1847, lors d'une séance de l'Académie des Sciences consacrée à l'éthérisation, Velpeau lance : « *Qu'un malade souffre plus ou moins, est ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des Sciences ?*¹¹ » Il faut attendre la seconde moitié du siècle pour que les attitudes médicales se modifient enfin. Au début du XXe siècle, la chirurgie de la douleur connaît ses lettres de noblesse avec Leriche, qui met au point entre autres la sympathectomie périartérielle. Pour cet humaniste « *la douleur est toujours un sinistre cadeau qui diminue l'homme, qui le rend plus malade qu'il ne serait sans elle, et le devoir strict du médecin est de s'efforcer toujours à la supprimer, s'il le peut*¹² ».

L'intérêt pour la douleur chronique débute après la première guerre mondiale, avec l'émergence des douleurs neuropathiques des mutilés et amputés. A la fin du second conflit mondial, John Bonica, anesthésiste américain accompagnant les troupes américaines sur le sol français, ayant constaté le dénuement de la médecine face aux douleurs importantes dont souffraient nombre de blessés, introduit, à son retour aux Etats-Unis, la notion de douleur « maladie en soi » et conçoit, dès 1972, à Seattle, la première « Pain Clinic », ou clinique de la douleur, avec le concept d'approche et de prise en charge pluridisciplinaires de la douleur.

Les quarante dernières années ont influencé notre relation à la douleur plus que tous les siècles passés. Si la plupart des moyens antalgiques actuellement utilisés étaient connus de longue date, la compréhension de leur mode d'action a permis de concevoir une stratégie thérapeutique fondée sur la physiopathologie de la douleur, et donc plus efficace. Les progrès des analgésiques ont rendu désuètes les anciennes défenses culturelles et morales. La question de la douleur a été entièrement absorbée par la culture médicale, même si la médecine ne peut venir à bout de toutes les douleurs invalidantes. La peur de souffrir suscite désormais un effroi plus grand que le fait même de mourir. Ernst Jünger¹³, philosophe allemand, explique que l'augmentation de la sensibilité à la douleur, dans la société moderne, serait due au fait que le corps est devenu une valeur en soi. Cette attitude de rejet empêche l'homme de s'interroger sur l'origine de sa douleur et sur son sens.

La douleur impose à la médecine de ne plus se centrer exclusivement sur le corps, mais de prendre en compte l'homme dans sa globalité. Elle dénonce les limites d'un dualisme

¹¹ Cité par Jean-Jacques YVOREL, « La transformation du rapport à la douleur au XIXe siècle », in A. LAFAY (éd.), *La Douleur. Approches disciplinaires*, Paris, L'Harmattan, 1992, p.69.

¹² René LERICHE. *Chirurgie de la douleur*, Paris, Masson, 1949, p.28.

¹³ Ernst JÜNGER. *Sur la douleur*, traduit de l'allemand par Julien HERVIER. Paris : Le Passeur, 76p.

entre le corps, objet des soins de la médecine, et le psychisme, objet des soins des psychologues, psychiatres et autres thérapeutes agissant à la périphérie du corps.

1.2 La prise en charge de la douleur : un sujet aujourd'hui d'actualité

En France la prise de conscience par les pouvoirs publics et les professionnels de l'importance à accorder à la prise en charge de la douleur a été retardée de quelques dizaines d'années par rapport aux pays anglo-saxons, et la tradition catholique n'a sans doute pas été étrangère à ce retard. Alors que la mise en place des premières « cliniques de la douleur » aux Etats-Unis et en Grande Bretagne (pays protestants) date des années soixante, ce n'est qu'à partir des années 80 qu'apparaissent dans l'hexagone des structures similaires. En 1994 sont diffusées des recommandations sur la prise en charge de la douleur chronique. Suivent trois plans gouvernementaux successifs, en 1998 (1998 – 2000), 2002 (2002 – 2005) et 2006 (2006 – 2010).

Depuis 1995 les établissements de santé doivent répondre à l'obligation inscrite dans l'article L.1112-4 du Code de la Santé Publique (CSP) qui prévoit que *" les établissements de santé, publics ou privés, et les établissements médico-sociaux mettent en œuvre les moyens propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent "* et que *"pour les établissements de santé publics, ces moyens sont définis par le projet d'établissement (...). Pour les établissements de santé privés, ces moyens sont pris en compte par le contrat d'objectifs et de moyens (...)"*.

En 1999 la loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs¹⁴ précise que ceux ci *« visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique.... »*.

En 2002, le soulagement de la douleur est reconnu comme un droit fondamental de toute personne (article L.1110-5 du CSP)¹⁵ *«Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée.»*.

En 2004, le rapport annexé au projet de loi relative à la santé publique¹⁶ inscrit la lutte contre la douleur parmi les 100 objectifs de santé publique pour les cinq prochaines années.

¹⁴ Loi n°99-477 du 9 juin 1999 (JORF 10 juin 1999).

¹⁵ Article L.1110-5 du Code de la Santé Publique. (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

¹⁶ Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

En 2005, la thématique « douleur » est rendue obligatoire dans la sous commission « sécurité et qualité des soins » de la commission médicale d'établissement¹⁷. Une référence douleur (référence 32) est intégrée dans la nouvelle version du manuel de certification des établissements de santé. La même année, la Commission Européenne confie au Ministère français chargé de la santé la conduite d'une étude de faisabilité pour la mise en place d'une coordination européenne des politiques de recherche et de programmes de prise en charge de la douleur (projet Era-Pain)¹⁸. A cette date, la France est en effet le seul pays européen, avec le Portugal, à avoir mis en place un programme national de lutte contre la douleur.

En 2006, l'évolution des textes législatifs conduit à compléter la charte de la personne hospitalisée dans sa version initiale de 1995. La Charte précise désormais dans son article II : « *La dimension douloureuse, physique et psychologique de la prise en charge des personnes hospitalisées, ainsi que le soulagement de leur souffrance, constituent une préoccupation constante de tous les intervenants. Tout établissement doit se doter des moyens propres à organiser la prise en charge de la douleur des personnes qu'il accueille. Une brochure intitulée « Contrat d'engagement contre la douleur » doit être remise à chaque personne hospitalisée. L'évolution des connaissances scientifiques et techniques, ainsi que la mise en place d'organisations spécifiques, permettent d'apporter, dans la quasi totalité des cas, un soulagement des douleurs, qu'elles soient chroniques ou non, qu'elles soient ressenties par des enfants ou des adultes. Une attention particulière doit être portée au soulagement des douleurs des personnes en fin de vie.* »

1.3 La politique de lutte contre la douleur menée dans le cadre des programmes nationaux

Le premier plan gouvernemental 1998 – 2000 a eu pour objectif d'instaurer « une culture de lutte contre la douleur ». Il s'articulait autour de 4 axes principaux : la prise en compte de la demande du patient, le développement de la lutte contre la douleur dans les structures de santé et les réseaux de soins, le développement de la formation et de l'information des professionnels de santé, l'information du public.

¹⁷ Article L.6144-1 du code de la santé publique (ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé – Titre I – article 3).

¹⁸ Era-Pain « Toward an integrated network for pain management research programmes in Europe ».

Ce premier plan a fait l'objet d'une évaluation conduite entre septembre 2000 et octobre 2001 par la Société française de santé publique¹⁹. Cette évaluation a souligné notamment les changements intervenus dans la prise en charge thérapeutique des douleurs et le développement de l'information au travers de la diffusion de recommandations de bonnes pratiques et de l'offre de formation tant initiale que continue. Toutefois le dépistage ainsi que l'évaluation de l'intensité de la douleur restaient insuffisamment développés ; le recours aux antalgiques de niveau 3 restait trop limité aux situations de fin de vie ; les structures de prise en charge de la douleur chronique demeuraient mal connues des professionnels et des personnes malades et le délai d'attente pour une première consultation était encore très long, parfois de plusieurs mois hors urgence.

Le programme de lutte contre la douleur 2002 – 2005 s'inscrivait dans la continuité du plan précédent, notamment en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique rebelle, tout en intégrant trois nouvelles priorités : la douleur provoquée par les soins, les actes quotidiens et la chirurgie ; la douleur de l'enfant ; la prise en charge de la migraine.

Ces priorités s'articulaient autour de cinq objectifs : associer les usagers par une meilleure information, améliorer l'accès du patient souffrant de douleurs chroniques rebelles à des structures spécialisées, améliorer l'information et la formation des personnels de santé, amener les établissements de santé à s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge de la douleur, renforcer le rôle infirmier notamment dans la prise en charge de la douleur provoquée.

La mise en œuvre et l'impact de ce second plan ont fait l'objet d'une étude dont les résultats ont été rendus publics au second trimestre 2006.

La diffusion du « Contrat d'engagement contre la douleur », brochure d'informations sur la prévention, le soulagement et le traitement de la douleur remis au patient hospitalisé a permis l'amélioration de l'information des usagers.

Plus de 100 structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été créées en 5 ans (elles étaient 96 en 2000, et 200 début 2006). Toutefois l'étude relative à ces structures²⁰ souligne leurs difficultés en terme de pérennité, de ressources humaines,

¹⁹ Cécile LOTHON DEMERLIAC, Anne LAURENT-BEQ, Pauline MAREC. Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur. Société française de santé publique. Rapport réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé. 2002.

²⁰ Enquête relative aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – CEMKA-EVAL.2004.

d'organisation, de locaux et de valorisation de l'activité de prise en charge de la douleur, face à une demande croissante. Par ailleurs l'enquête réalisée auprès des associations d'usagers²¹ classe la prise en charge de la douleur au premier rang des propositions d'actions à engager dans le cadre de l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints d'une maladie chronique.

Un « centre de la migraine de l'enfant », doté d'une activité de consultation, a été également créé en 2002 à l'hôpital Armand Trousseau à Paris, avec pour mission de développer l'information et la formation des professionnels et d'animer un réseau régional de correspondants.

Une référence « douleur » a été intégrée dans la certification des établissements de santé, un guide "Organiser la lutte contre la douleur dans les établissements de santé" élaboré en 2003.

Dans le cadre du projet Compaqh (Coordination pour la mesure et l'amélioration de la qualité hospitalière), des indicateurs permettant d'évaluer la traçabilité de la douleur dans les établissements de santé ont été développés.

Le mémento « la douleur en questions » a été élaboré et diffusé en 2004, en partenariat avec la Société Française d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (SFETD). Destiné aux professionnels de santé hospitaliers et libéraux, il réunit les connaissances pratiques nécessaires à une prise en charge au quotidien de la douleur.

Le Centre national de ressources de la douleur (CNRD), qui a une mission d'appui scientifique et technique en matière d'information, d'enquête et de recherche clinique dans le domaine de la douleur, a été créé à l'hôpital Armand Trousseau à Paris.

Des recommandations sur la bonne utilisation des opioïdes chez le patient douloureux non cancéreux ont été publiées par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) en 2004.

La Haute autorité de santé (HAS) a diffusé des recommandations sur les céphalées chroniques, la migraine, la prévention de la douleur post-opératoire en chirurgie buccale (toutes ces recommandations sont accessibles sur le site www.has-sante.fr).

La Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer (FNCLCC) a élaboré des standards options recommandations sur la douleur induite par les soins²² et l'évaluation

²¹ Attentes des patients porteurs de maladies chroniques. Pour le plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques. Direction générale de la santé – Ecole de santé publique de Nancy – Décembre 2004.

²² Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte atteint de cancer. FNCLCC. Janvier 2005.

de la douleur en cancérologie²³. Les enquêtes régionales menées dans le cadre des États généraux de la douleur organisés en juin 2005 montrent que des changements notables sont intervenus notamment dans la réflexion menée au sein des établissements sur la thématique douleur et dans l'information des usagers. Il existe cependant une forte disparité de prise en charge selon les établissements de santé d'une même région, et deux français seulement sur dix se disent soulagés au terme d'une consultation ou des soins, alors que trois sur dix déclarent que leur douleur a persisté.

Le nouveau Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006 – 2010 présenté au conseil des ministres le 26 octobre 2005 et détaillé à l'ensemble des professionnels de santé en mars 2006 comprend quatre axes principaux : l'amélioration de la prise en charge de la douleur des populations les plus vulnérables, notamment les enfants et les adolescents, les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et en fin de vie ; l'amélioration de la formation pratique initiale et continue des professionnels de santé ; l'amélioration des modalités de traitement médicamenteux et d'utilisation des méthodes non pharmacologiques pour une prise en charge de qualité ; une structuration régionale plus performante de la filière des soins de la douleur, en particulier pour la prise en charge de la douleur chronique rebelle.

En accord avec ce quatrième axe (structuration régionale plus performante de la filière des soins de la douleur), le plan prévoit une déclinaison régionale.

1.4 La prise en charge de la douleur chronique en Corse

Alors que la Corse présente une densité médicale supérieure à la moyenne nationale²⁴ et une consommation de soins élevée²⁵, l'offre régionale ne comporte aucune consultation douleur spécialisée animée par une équipe pluridisciplinaire. Moins de dix praticiens au total, répartis entre Ajaccio, Sartène (Corse du Sud) et Bastia (Haute Corse), prennent en charge des patients douloureux chroniques en sus de leur activité « ordinaire », sans moyens ni reconnaissance particuliers.

²³ Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. FNCLCC. Septembre 2002.

²⁴ 125 médecins généralistes pour 100 000 habitants (contre 113 pour la moyenne française) et 104 médecins spécialistes pour 100 000 habitants (contre 87 pour la moyenne nationale) au 01.01.2006 (source : STATISS 2007 Corse, disponible sur internet : <http://corse.sante.gouv.fr/stat4.htm>.)

²⁵ http://www.corse.assurance-maladie.fr/fileadmin/CORSE/publications/Dep_ville_2003.pdf

Alors même que les ressources humaines sont peu nombreuses dans ce domaine, les échanges entre les professionnels des deux départements impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique sont rares, voire inexistants. La Corse ne compte que 276 911 habitants²⁶ (hors période estivale), mais le caractère montagneux de l'île fait que les deux préfectures sont distantes de près de trois heures. De même, au sein d'un même département, le temps de trajet entre deux villes peut atteindre trois heures. Une offre de soins limitée à deux ou trois villes n'est donc pas forcément accessible à toute la population. Enfin le caractère insulaire de la région contraint les personnes nécessitant une prise en charge qui ne peut leur être proposée sur place à se déplacer sur le continent ; or les patients douloureux chroniques sont souvent gravement malades, voire en fin de vie pour certains, et cette nécessité de quitter l'île peut être un frein à l'accès à des soins pourtant nécessaires.

Curieusement, les consultations des centres de Bastia et Ajaccio, qui n'ont pourtant pas fait l'objet de reconnaissance de la part de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) de Corse, figurent dans la liste des consultations douleur sur le site de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins (DHOS) (2006) et du CNRD (janvier 2007) ; aucun comité de lutte contre la douleur (CLUD) de la région Corse n'est par contre mentionné sur l'annuaire des CLUD 2006 sur le site du CNRD.

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération (SROS 3) adopté le 25 juillet 2006 préconise pourtant : « une organisation en réseau [de la lutte contre la douleur] permettant la continuité de la prise en charge à domicile est souhaitée. » et « des moyens d'effectivité des soins clairement identifiés (unités, lits, équipes de liaison) sont à soutenir. »

Si la prise en charge de la douleur au quotidien (notamment la douleur provoquée par certains actes de soins, la douleur post-opératoire ou la douleur post-traumatique...) est une problématique commune à tout établissement de santé, la prise en charge de la douleur chronique rebelle relève de structures spécialisées dont l'organisation est fixée par circulaires²⁷. Trois types de structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle sont distingués, correspondant à des niveaux différents :

²⁶ Estimation INSEE au 1^{er} janvier 2005 (source : STATISS 2007. Disponible sur internet : <http://corse.sante.gouv.fr/stat4.htm>).

²⁷ Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.

- les consultations pluridisciplinaires au sein des établissements de santé publics ou privés, qui représentent le maillon essentiel.
 - les unités pluridisciplinaires qui mettent en œuvre des thérapeutiques nécessitant l'accès à l'utilisation d'un plateau technique et/ou à des places ou lits d'hospitalisation.
 - les centres pluridisciplinaires au sein des centres hospitalo-universitaires qui ont, en outre, pour mission l'enseignement et la recherche sur le thème de la douleur.
- Seuls les deux premiers niveaux pourraient intéresser la région Corse.

La structuration, l'organisation et le fonctionnement de ces structures doivent s'adapter à la demande des patients et des médecins libéraux dans un souci d'accessibilité, de mise en commun des compétences et de qualité de la prise en charge. Le vieillissement de la population et l'évolution de la perception de la douleur par la société sont autant d'éléments qui rendent prévisible une augmentation de la demande d'accès à ces consultations spécifiques.

Peut-on justifier qu'une région, même peu peuplée, mais particulière de par sa géographie et son caractère insulaire, n'offre aucune possibilité de prise en charge d'une douleur chronique sous forme d'une consultation structurée, quelle que soit sa forme ?

1.5 Le choix du thème

A partir du constat d'absence de consultation spécialisée identifiée et fonctionnant avec une équipe pluridisciplinaire, et au-delà d'absence de structuration de la prise en charge de la douleur chronique, s'est posée la question suivante : Comment améliorer la prise en charge de la douleur chronique dans les deux départements de la région Corse ?

Afin d'être en phase avec le troisième plan douleur national, il a été décidé de porter une attention particulière aux populations dites vulnérables, notamment les personnes polyhandicapées, les personnes âgées et en fin de vie, les personnes détenues (bien que cette dernière catégorie ne soit pas évoquée par le plan national).

1.5.1 Les hypothèses de travail ou sous questions :

- La prise en charge de la douleur chronique n'est pas satisfaisante dans la région en raison d'une insuffisance objective de moyens mis en œuvre.
- La prise en charge de la douleur chronique est théoriquement satisfaisante du point de vue de l'offre, mais le dispositif en place reste méconnu des professionnels et des usagers.
- La prise en charge de la douleur n'est pas satisfaisante en raison d'une résistance des médecins à l'utilisation de traitements appropriés.

- La prise en charge de la douleur n'est pas satisfaisante en raison d'une résistance culturelle de la part de la population : cette hypothèse est évoquée par principe, mais ne sera qu'abordée, en raison de la difficulté d'appréhension de la dimension culturelle de la douleur, qui dépasse le cadre d'un mémoire professionnel de médecin inspecteur (MISP).

1.5.2 L'objectif du mémoire :

Apprécier la prise en charge de la douleur, et plus spécifiquement de la douleur chronique rebelle, telle qu'elle est actuellement réalisée en Corse, et la réponse offerte aux patients et aux professionnels de santé, afin de proposer des recommandations d'amélioration du dispositif. Ces recommandations pourraient servir de trame à l'écriture du plan régional de prise en charge de la douleur.

1.5.3 La prise en charge de la douleur chronique : un dossier relevant de la compétence du médecin inspecteur

Le médecin inspecteur (MISP) a pour tâche de veiller à la qualité des soins offerts à la population dans son département de travail, ainsi qu'à l'adéquation de la réponse aux besoins ; il participe à la planification de l'offre, et est au premier chef concerné lorsqu'il s'agit d'inciter à développer et mieux structurer une offre insuffisante.

Etant par ailleurs un acteur central de la déclinaison locale (régionale et départementale) des programmes de santé publique, il a, par là même, la tâche de veiller à la mise en œuvre de ces programmes. L'élaboration de la version régionale du troisième plan douleur national 2006 – 2010 peut être l'occasion de réfléchir à une organisation plus structurée et plus efficiente de la prise en charge de la douleur en Corse. Le fait de choisir ce thème comme sujet de mémoire devrait permettre de disposer d'une base de travail opérationnelle, au service des professionnels et de la population.

2 METHODOLOGIE

2.1 Préciser le diagnostic de l'existant

Bien que le thème central du mémoire soit la prise en charge de la douleur chronique, il est apparu important, au moment d'établir le diagnostic de l'existant, de s'intéresser de façon plus large à la prise en compte de la douleur en général, avant de se recentrer sur la problématique de la douleur chronique. De la même façon le diagnostic de l'existant est intimement lié aux propositions et recommandations présentées en fin de travail, et les différents entretiens menés incluaient tous une partie prospective.

2.1.1 Prise en compte de la douleur par les établissements de santé

La prise en compte de la douleur par les établissements de santé a été appréciée à partir des informations fournies par les établissements eux mêmes à l'occasion de l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) :

- Prise en compte de la douleur dans le projet d'établissement
- Mise en place effective d'un CLUD
- Nombre de soignants formés
- Existence de protocoles de soins antalgiques

2.1.2 Prise en compte de la douleur en dehors d'un établissement de santé

La prise en compte de la douleur en dehors d'un établissement de santé : en **établissement médico-social** (établissements pour personnes âgées et établissements pour personnes handicapées), ainsi que dans le cadre d'un **service de soins infirmiers à domicile** (SSIAD), d'une **hospitalisation à domicile** (HAD), par le biais d'un **réseau** et en **prison** a été abordée par des entretiens téléphoniques semi dirigés. Les grilles d'entretien correspondant aux différentes populations cibles figurent en annexes 1 à 4.

Ont été interrogés l'ensemble des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées des deux départements, l'ensemble des structures d'HAD et de SSIAD, le réseau INSEME (réseau régional de soins palliatifs et de traitement de la douleur), et l'ensemble des unités de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) de Corse.

Les personnes ayant fourni les données étaient soit des médecins, soit des infirmiers.

Un questionnaire a été envoyé, via l'union régionale des **médecins libéraux** (URML), à l'ensemble des 616 médecins libéraux de Corse en janvier 2007 afin de mieux évaluer

leurs attentes dans le domaine de la douleur chronique et de sa prévention. Ayant pris connaissance de ce projet alors que je débutais les premiers entretiens préparatoires de la phase « état des lieux » de mon mémoire, j'ai pu proposer un travail conjoint : participation à l'élaboration du questionnaire à destination des médecins libéraux et à l'analyse des questionnaires remplis. Le questionnaire utilisé est joint en annexe 5.

2.1.3 Les consultations douleur

Le fonctionnement des consultations douleur (même s'il s'agit essentiellement de consultations douleur « informelles ») de la région a été précisé lors d'entretiens téléphoniques avec les médecins impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique en Corse.

L'entretien semi dirigé était inspiré du questionnaire utilisé dans l'étude « Evaluation des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle » réalisée par CEMKA-EVAL en 2004 (*op.cit.*) La grille d'entretien est présentée en annexe 6.

2.1.4 Les possibilités régionales de formation diplômante

Les possibilités régionales de formation diplômante dans le domaine de la douleur ont été passées en revue.

2.2 Le point de vue des usagers

Un entretien téléphonique a été proposé à chaque premier patient vu à partir de la semaine du 11 juin 2007 par les médecins assurant une consultation douleur. Ces entretiens qualitatifs semi ouverts, sur la base du volontariat, incluaient des questions sur le parcours du patient concernant la douleur actuellement prise en charge, sa connaissance des possibilités de consultation douleur en Corse, son vécu par rapport à sa douleur et à sa prise en charge actuelle, sa conception de ce que serait une prise en charge optimale. Ces entretiens ont concerné 7 usagers. La grille d'entretien figure en annexe 7.

Parallèlement des informations ont été recueillies auprès de l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et de l'association A Salvia (seule association d'usagers de Haute Corse) sur les plaintes reçues mettant en cause la prise en charge de la douleur, et l'action des deux structures dans ce domaine.

2.3 L'estimation des prises en charge pour douleur chronique hors de la région de patients domiciliés en Corse

Afin d'essayer d'estimer le nombre de patients domiciliés en Corse et pris en charge hors de l'île pour une douleur chronique, des contacts ont été pris avec le réseau douleur Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) ouest (Dr P.Roussel à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille), l'interCLUD PACA est (Dr Memran à Nice), et le centre antidouleur de Montpellier (Dr Patrick Ginies, Hôpital Guy de Chauliac).

Le choix de limiter la recherche des patients corses aux trois villes de Marseille, Nice et Montpellier s'est fait sur la suggestion des médecins impliqués dans la prise en charge de la douleur en Corse, qui ont indiqué travailler préférentiellement avec ces sites lorsqu'ils ne pouvaient assurer eux mêmes une prise en charge en raison de moyens insuffisants. Il paraissait par ailleurs difficile d'étendre la recherche à un trop grand nombre de sites, et en particulier d'interroger l'ensemble des sites parisiens.

2.4 La dimension culturelle de la douleur chronique : à la recherche d'une éventuelle spécificité corse

L'approche de la façon dont les corses vivent leur douleur a été réalisée à partir de la lecture de documents, dont essentiellement un ouvrage de Mme Marie Françoise Poizat – Costa, anthropologue, ayant animé pendant cinq ans l'association pour la recherche en anthropologie médicale en Corse, ainsi que d'entretiens avec des personnes ressources : Mme Dominique Verdoni, également anthropologue et présidente de la faculté de lettres à l'université de Corte, et quelques professionnels de santé.

3 RESULTATS

En dehors des questionnaires adressés aux médecins libéraux, qui ont été saisis et exploités sur EXCEL, l'analyse des entretiens a été qualitative, par grands thèmes reprenant les hypothèses de travail.

3.1 L'existant :

3.1.1 Les établissements de santé

Conformément à l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, il appartient à chaque établissement de santé de développer et mettre en place l'organisation nécessaire pour répondre aux besoins des personnes quant à la prise en charge de leur douleur.

Les informations fournies par les établissements eux mêmes à l'occasion de l'élaboration des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) ont permis d'apprécier pour chacun :

- La prise en compte de la douleur dans le projet d'établissement (PE) ou le contrat d'objectifs et de moyens (COM) pour les établissements privés
- La mise en place effective d'un CLUD
- La mise en place de formation pour les soignants
- L'utilisation de protocoles de soins antalgiques

La Haute Corse compte au total 10 établissements d'hospitalisation (les structures d'hospitalisation à domicile ont fait l'objet d'un recueil de données séparé), dont 2 établissements publics et 8 établissements privés (4 cliniques médico - chirurgicales ou chirurgicales, 3 cliniques psychiatriques, 1 établissement de soins de suite et de réadaptation).

On dénombre en Corse du Sud 11 établissements, dont 4 publics et 7 privés (3 cliniques et 4 établissements de soins de suite et de réadaptation).

Tous ces établissements, à l'exception d'un seul, ont déclaré avoir pris en compte la douleur dans leur projet d'établissement, et avoir mis en place, ou avoir le projet de mettre en place, un CLUD.

Ceux qui n'ont pas désigné un référent douleur ont prévu de le faire d'ici 2008.

Douze établissements ont déjà assuré une formation de leur personnel à la prise en charge de la douleur, 5 ont prévu de le faire d'ici 2008.

Des protocoles de soins antalgiques sont en place dans 16 établissements ; ils doivent être mis en place d'ici 2008 dans 4 établissements supplémentaires.

Un résumé de la situation dans les 21 établissements de la région est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Prise en compte de la douleur dans le projet d'établissement ou le contrat d'objectifs et de moyens, mise en place d'un CLUD, désignation d'un référent douleur, formation des soignants et utilisation de protocoles de soins antalgiques dans les 21 établissements d'hospitalisation de la région Corse au 31 mars 2007

	oui	non	non précisé
Prise en compte de la douleur dans le PE ou le COM	20	1	0
CLUD (en place, en cours de mise en place ou en projet)	20	1	0
référent douleur	13	7*	1
formation des soignants	12	5**	4
protocoles de soins antalgiques	16	5***	0

*prévu d'ici 2008 dans 4 établissements

**prévue d'ici 2008 pour ces 5 établissements

***prévus en 2008 dans 4 établissements

3.1.2 Les lieux de prise en charge en dehors des établissements de santé :

La région Corse compte 24 établissements pour personnes âgées (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), résidences foyers, maisons de retraite, unités de séjour de longue durée (USLD)). 22 ont accepté de répondre à un entretien téléphonique sur le thème de la prise en charge de la douleur. Les répondants étaient soit des médecins, soit des infirmiers.

Une majorité de structures (15/22) ont déclaré que la prise en charge de la douleur était inscrite dans leur projet d'établissement, mais seules 5 ont mis en place un CLUD, et 5 ont identifié un référent douleur.

Des protocoles d'évaluation de la douleur existent dans 12 établissements, des protocoles de soins antalgiques dans 10.

Quatorze établissements ont assuré la formation de leur personnel sur le thème spécifique de la douleur.

La reconnaissance de la souffrance d'un patient s'apprécie par une évaluation comportementale (16/22) et/ou par l'utilisation d'échelles analogiques (11/22).

Très peu d'établissements considèrent avoir parmi leurs résidents des patients douloureux chroniques ; seul l'un deux envisage cette éventualité.

La douleur d'un résident est prise en charge par l'équipe de l'établissement, très généralement sans recours à un intervenant extérieur. Les traitements alternatifs non médicamenteux ne sont jamais évoqués à l'exception de la kinésithérapie. A la question « êtes vous suffisamment formé ? », le nombre de réponses positives (10) égale celui de réponses négatives. Une éventuelle réticence des médecins à prescrire des antalgiques puissants de classe 2 et 3 n'est mentionnée que par 2 répondants.

Les médecins capables de prendre en charge une douleur chronique en Corse sont peu connus des établissements pour personnes âgées : seules 8 personnes interrogées sur 21 ayant répondu à la question sont capables de citer le nom d'un médecin, et il s'agit dans 7 cas sur 8 d'un médecin de Corse du Sud.

Le besoin de structures spécialisées douleur dans la région est souligné par 16 établissements. La forme que doivent prendre ces structures spécialisées reste assez imprécise, mais les termes d' « équipe mobile », « consultations avancées », « soutien et formation du personnel » sont ceux qui reviennent le plus fréquemment.

Les informations recueillies auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2 : prise en charge de la douleur dans 22 établissements d'hébergement pour personnes âgées, Corse, 2007

	Oui	Non
Prise en charge de la douleur dans le PE ou le COM	15	7
CLUD	5	17
Référent douleur	5	17
Protocoles d'évaluation de la douleur	12	10
Protocoles de soins	10	12
Formation du personnel	14	8
Reconnaissance de la douleur		
Echelle analogique	11	
Evaluation comportementale	16	
Besoin de formation supplémentaire	10	10
Connaissance des médecins spécialistes douleur	8	13
Besoin de structures spécialisées	16	1

Remarque : certains établissements n'ont pas répondu à toutes les questions, ce qui explique que le total de chaque ligne ne soit pas égal à 22.

Les établissements d'hébergement pour personnes handicapées (instituts médico - éducatifs (IME), instituts d'éducation motrice (IEM), maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisés (FAM)) sont au nombre de 11 dans la région Corse. Sept ont accepté de répondre à un entretien téléphonique sur le thème de la prise en charge de la douleur. Les répondants étaient soit des médecins, soit des infirmiers.

Seuls 3 établissements ont déclaré que la douleur était inscrite dans leur projet d'établissement. Aucun n'a nommé de référent douleur. Des protocoles d'évaluation et de soins antalgiques sont en place dans 2 établissements, la formation du personnel a été assurée dans 4.

La reconnaissance de la souffrance d'un patient est évaluée essentiellement à partir du comportement (6/7). De façon générale, seuls les MAS et les FAM se sentent concernés par le problème de la douleur chronique, tout en affirmant avoir été peu confrontés à un tel problème parmi leurs patients. Aucun répondant n'a mentionné de réticence des

médecins prescripteurs à la prescription d'antalgiques puissants. Le recours à des traitements alternatifs non médicamenteux n'a jamais été évoqué.

Les médecins capables de prendre en charge une douleur chronique en Corse ne sont pas mieux connus des établissements pour personnes handicapées que des établissements pour personnes âgées : seules 2 personnes interrogées sur 7 sont capables de citer un nom.

Le besoin de structures spécialisées douleur dans la région est souligné par 4 répondants, sans précision sur la forme que devraient prendre ces structures spécialisées.

Les informations recueillies auprès des établissements d'hébergement pour personnes handicapées sont résumées dans le tableau 3.

Tableau 3 : prise en charge de la douleur dans les établissements d'hébergement pour personnes handicapées, Corse, 2007

	Oui	Non
Prise en charge de la douleur dans le PE ou le COM	3	4
CLUD	0	7
Référent douleur	0	7
Protocoles d'évaluation de la douleur	2	5
Protocoles de soins	2	4
Formation du personnel	4	2
Reconnaissance de la douleur		
Echelle analogique	0	
Evaluation comportementale	6	
Besoin de formation supplémentaire	3	3
Connaissance des médecins spécialistes douleur	2	5
Besoin de structures spécialisées	4	0

Remarque : certains établissements n'ont pas répondu à toutes les questions, ce qui explique que le total de chaque ligne ne soit pas égal à 7.

On dénombre en Corse 7 **services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD). Six infirmiers de SSIAD ont accepté de répondre à un entretien téléphonique.

Trois SSIAD s'occupent exclusivement de personnes âgées, deux exclusivement de personnes handicapées, et un a une activité mixte personnes âgées/personnes handicapées.

Ces services ont déclaré prendre en charge peu de patients présentant des douleurs chroniques, sans toutefois pouvoir chiffrer ce « peu ». Aucun n'adhère à un réseau douleur ou à un interCLUD.

La prise en charge de la douleur est inscrite dans le projet de service dans 3 cas, un référent douleur désigné ou prévu dans 2 cas.

Trois services ont mis en place des protocoles d'évaluation de la douleur, deux des protocoles de soins antalgiques.

La souffrance d'un patient est évaluée soit à partir de son comportement (3/6), soit au moyen de méthodes analogiques (3/6). Le personnel soignant a reçu une formation à la prise en charge de la douleur dans 5 cas, mais un besoin de formation supplémentaire reste fréquemment ressenti (4/6). Deux infirmiers ont pu citer le nom d'un médecin prenant en charge la douleur chronique en Corse. Les six personnes interrogées ont été unanimes sur le besoin de structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique dans la région.

Les informations relatives aux SSIAD sont résumées dans le tableau 4.

Tableau 4 : prise en charge de la douleur dans les services de soins infirmiers à domicile, Corse, 2007

	Oui	Non
Prise en compte de la douleur dans le projet de service	3	3
Adhésion interCLUD	0	6
Référent douleur	2	4
Protocoles d'évaluation de la douleur	3	3
Protocoles de soins	2	4
Formation du personnel	5	1
Reconnaissance de la douleur		
Echelle analogique	3	
Evaluation comportementale	3	
Besoin de formation supplémentaire	4	2
Connaissance des médecins spécialistes douleur	2	4
Besoin de structures spécialisées	6	0

On dénombre en Corse 3 structures d'**hospitalisation à domicile** (HAD). Toutes ont déclaré que la prise en charge de la douleur était inscrite dans leur projet de service. L'une est rattachée à un établissement de santé qui dispose d'un CLUD. Deux ont mis en place un référent douleur. Toutes disposent, ou sont en train d'élaborer, des protocoles d'évaluation et de soins antalgiques.

La formation du personnel a été réalisée dans 2 structures. Un répondant a mis en avant l'insuffisance de formation et de sensibilisation à la prise en charge de la douleur des médecins libéraux avec lesquels il travaille.

La souffrance des patients est appréciée aussi bien à partir du comportement que par des outils tels l'échelle visuelle analogique (EVA) ou l'échelle verbale simple (EVS). Deux des structures peuvent citer le nom d'au moins un médecin travaillant dans la prise en charge de la douleur chronique en Corse.

Un besoin de formation supplémentaire est exprimé par 2 répondants. Le même nombre pense que des structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique seraient nécessaires en Corse ; le terme d'« équipe mobile » est prononcé par un répondant.

Les informations relatives aux structures d'HAD sont résumées dans le tableau 5.

Tableau 5 : prise en charge de la douleur dans les services d'hospitalisation à domicile, Corse, 2007

	Oui	Non
Prise en compte de la douleur dans le projet de service	3	0
Adhésion CLUD	1	2
Référent douleur	2	1
Protocoles d'évaluation de la douleur	3	0
Protocoles de soins	3	0
Formation du personnel	2	1
Reconnaissance de la douleur		
Echelle analogique ou verbale	3	
Evaluation comportementale	2	
Besoin de formation supplémentaire	2	1
Connaissance des médecins spécialistes douleur	2	1
Besoin de structures spécialisées	2	1

Le réseau INSEME a vu le jour en 2003 et mène une action régionale de coordination des actions socio sanitaires dans le but du retour ou du maintien à domicile des patients relevant de soins particuliers : traitement de la douleur, soins de support, soins palliatifs. Son financement est assuré par des fonds publics (dotation régionale de développement des réseaux (DRDR)). L'équipe permanente comprend une infirmière coordonnatrice, et deux médecins coordonnateurs $\frac{1}{4}$ temps ayant une compétence en prise en charge de la douleur et soins palliatifs. Le réseau a pris en charge, en 2006, 112 patients. La majorité (90/112) de ceux ci est domiciliée en Corse du Sud. Le délai moyen d'admission est de 7 jours, la durée moyenne de prise en charge de 37 jours. Sur l'ensemble des coordinations réalisées en 2006, 79 infirmiers libéraux différents sont intervenus une voire plusieurs fois, ainsi que 37 médecins différents.

Les unités de consultation et de soins ambulatoires des établissements pénitentiaires

La Corse compte trois établissements pénitentiaires : deux maisons d'arrêt et un établissement pour peines. L'établissement de santé chargé des soins somatiques aux détenus ou aux prévenus est le centre hospitalier de Bastia pour les établissements de Haute Corse, celui d'Ajaccio pour l'établissement de Corse du Sud. Un médecin ou un infirmier de l'unité de consultations et de soins ambulatoires de ces trois établissements ont été interrogés sur la façon dont la prise en charge de la douleur des personnes incarcérées était organisée.

Aucune UCSA n'a mis en place de protocoles d'évaluation de la douleur, non plus que des protocoles de soins antalgiques. Les médecins ou infirmiers interrogés disent n'avoir jamais été confrontés au problème d'un détenu présentant une douleur chronique.

Deux d'entre eux peuvent citer au moins un des spécialistes prenant en charge ce type de douleur en Corse. Deux sur trois pensent que des structures spécifiques assurant cette prise en charge seraient nécessaires.

Médecins libéraux

L'enquête menée par l'URML de Corse auprès des 616 médecins libéraux, généralistes et spécialistes, de la région, a obtenu 63 réponses au 30 avril 2007. Ce faible taux de retour (10 %), s'explique par le fait que l'Union n'ait pas souhaité faire, ou laisser faire, de relances.

Seuls 6 médecins ont déclaré ne suivre actuellement aucun patient douloureux chronique. La raison mise en avant pour ce non suivi était tout simplement qu'aucun patient présentant une telle douleur ne les avait consulté.

Tableau 6 : nombre de patients douloureux chroniques suivis par les médecins libéraux, Corse, 2007

Nombre de patients suivis	Nombre de médecins concernés
Aucun patient suivi	6
Entre 1 et 3 patients suivis	7
Entre 4 et 10	18
Entre 10 et 20	12
Plus de 20 patients suivis	17

Un médecin sur deux (49 %) ayant déclaré suivre un ou des patients douloureux assure cette prise en charge en collaboration avec un ou plusieurs confrères spécialistes. Les spécialistes cités sont par ordre de fréquence décroissante des neurologues (20), des rhumatologues (17), des algologues (5), des oncologues (3), des neurochirurgiens (1) ou des internistes (1). Un médecin sur quatre (22 %) travaille seul, 14 % sont en relation pour cette prise en charge avec une structure spécialisée d'un autre département.

40 médecins ont déclaré travailler avec une structure d'évaluation et de traitement de la douleur, en Corse (18 cas), à Nice (12 cas), Marseille (9 cas), ou Paris (1 cas).

Trois médecins sur quatre (75 %) ont déclaré ne pas connaître les possibilités de consultation offertes aux patients douloureux chroniques dans la région Corse.

Ceux ayant déclaré connaître ces possibilités citent les consultations douleur de Corse du Sud (voir paragraphe 3.1.3 ci dessous) dans 18 cas, une consultation douleur de Haute Corse dans 2 cas, le réseau Inseme dans 1 cas.

Les médecins ayant répondu au questionnaire jugent majoritairement (71 %) leurs moyens actuels de prise en charge des douleurs chroniques insuffisants.

Lorsqu'on les interroge sur leurs attentes concernant une consultation douleur pluridisciplinaire, ils mettent en avant la rapidité d'obtention d'un rendez vous ; pour 9 médecins sur 10 (88 %), ce délai raisonnable doit rester inférieur ou égal à deux semaines, avec la possibilité d'obtenir plus rapidement une consultation en cas d'urgence.

Des formations sur la douleur chronique intéresseraient 63 % des médecins, les thèmes proposés par ceux ci étant les techniques antalgiques (40), la douleur chronique par pathologies (26), les aspects psychologiques du douloureux chronique (13), les facteurs de chronicisation de la douleur (4), l'évaluation de la douleur (2).

3.1.3 Les consultations douleur

Neuf praticiens ont été identifiés comme impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique dans les deux départements de la région Corse. Lors d'un entretien téléphonique semi dirigé ayant duré environ une heure par personne, ils ont exposé de façon précise la façon dont ils s'organisaient.

Ces médecins sont titulaires d'un diplôme d'université (DU) ou d'une capacité douleur.

L'un d'entre eux se considère dans le domaine de la douleur comme simple prestataire de service (utilisation de techniques d'anesthésie locorégionale à visée antalgique), un second vient de quitter la région après avoir assuré plusieurs années de remplacement en médecine de ville ; seuls sept médecins assurent donc actuellement (juin 2007) une activité de consultation douleur. Les plus anciennes de ces consultations existent depuis 1998. Elles sont localisées à Ajaccio (4), Sartène (1), et Bastia (2).

Quatre médecins exercent de façon exclusive en établissement, deux ont une activité mixte (établissement et cabinet de ville), le dernier une activité de ville exclusive.

Dans cinq cas, une plage horaire est spécifiquement dédiée aux patients douloureux ; ce temps réservé varie d'une à quatre demi journées par semaine. Les deux autres médecins reçoivent les patients douloureux en sus de leur activité de routine.

Très généralement, les médecins travaillant en établissement interviennent auprès des équipes soignantes, et à leur demande auprès d'autres patients hospitalisés, pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique et aiguë (conseils, formations, élaboration de protocoles, soins).

Aucune des consultations étudiées ne dispose de lits d'hospitalisation dédiés, mais des possibilités d'hospitalisation existent, soit en intra muros pour les médecins exerçant en établissement, soit du fait d'accords informels pour le médecin exerçant en ville.

Aucune consultation n'a fait l'objet d'une identification par l'ARH. Une demande d'identification concernant un établissement privé d'Ajaccio a été déposée en 1999, et laissée sans suite.

Outre un médecin titulaire d'un DU ou d'une capacité douleur, le personnel de ces consultations peut comprendre : une secrétaire (un cas), une psychologue (deux cas), une infirmière (deux cas).

Les patients vus sont le plus souvent adressés par un médecin (médecin libéral ou médecin de l'établissement où a lieu la consultation) ; plus rarement certains consultent

sur leur propre initiative, parce qu'un autre patient leur a parlé de cette possibilité.

Le nombre de patients vus annuellement n'est disponible que pour la consultation douleur du centre hospitalier d'Ajaccio, où 783 consultants douleur ont été dénombrés en 2005.

Les principaux motifs de consultation cités par les médecins sont, par ordre de fréquence décroissante, les douleurs des lombalgies/sciatalgies, celles des cancers, les douleurs des neuropathies, les céphalées et les fibromyalgies.

Le délai moyen d'obtention d'un rendez vous hors urgence varie de 24 heures à 15 jours pour les 6 médecins qui ont répondu à cette question ; tous les médecins peuvent par ailleurs recevoir dans un délai de 24 heures un patient adressé en urgence.

La grande majorité des consultants sont des adultes ; quatre médecins ont déclaré avoir déjà reçu, de façon exceptionnelle, des enfants.

Les consultations douleur ne font pas l'objet de facturation particulière ; celles assurées par des médecins généralistes sont tarifées comme une consultation de généraliste, celles assurées par un spécialiste comme une consultation de spécialité, sans que la mention « douleur » ne soit jamais mise en avant.

Les informations concernant les sept consultations douleur fonctionnant actuellement dans la région sont résumées dans les tableaux 6 et 7.

Tableau 6 : consultations douleur en Corse du Sud

Année début activité	1998	1998	1999	2004	2007 (projet)
Localisation consultation	CH Ajaccio (1)	activité libérale	Clinique Golfe Ajaccio	CH Ajaccio (1) Cabinet libéral	Hôpital local Sartène
Lits dédiés	non		non	non	non
Possibilité hospitalisation	oui	oui	oui	oui	oui
Identification ARH	Non	Non	Non	Non	Non
Personnel médecin secrétaire psychologue kinésithérapeute	1 (0,5 ETP)	1	1 (4h/sem) 1 (4h/sem)	1 (5-6 cs/sem) 1 (idem médecin) Possibilité de recours	1 (0,5 j/sem)
nombre patients/an	783 (2005)		4 personnes/sem		
Pathologies					
Douleurs cancéreuses	+		+		
Douleurs neuropathiques	+	+	+	+	
Algodystrophies			+	+	
Céphalées	+	+	+		
Lombalgies/sciatalgies	+	+	+		
Fibromyalgies			+		
Prise en charge d'enfants	non	oui	exceptionnelle	exceptionnelle	non
Participation à des formations	oui	oui	oui	oui	oui
Délai moyen d'obtention d'un RV hors urgence	<8 jours	non précisé	15 jours	8 jours	Non connu (projet)
Possibilité de recevoir des patients en urgence	oui	oui	oui	oui	oui
Participation au réseau INSEME	Non précisée	Non précisée	informelle	oui	oui

(1) il existe au CHA deux consultations douleur dans deux services distincts

Tableau 7 : consultations douleur en Haute Corse

Année début activité	2000	2004 ²⁸
Localisation consultation	CH Bastia	Clinique Maymard Bastia
Lits dédiés	non	non
Possibilité d'hospitalisation	oui	oui
Identification ARH	non	non
Personnel		
Médecin	1	1 (1 jour/sem)
Secrétaire		3 j/sem fin 2007
Psychologue		1 fin 2007
Kinésithérapeute	Possibilité de recours	Possibilité de recours
IDE		1 fin 2007
nombre de patients/an	Non chiffré	Non estimé
Pathologies vues		
Douleurs cancéreuses	+	+
Douleurs neuropathiques		
Algodystrophies		
Céphalées		
Lombalgies/sciatalgies	+	
Névrose posttraumatique		+
Prise en charge d'enfants	exceptionnelle	non
Participation à des formations	non	oui
Délai moyen d'obtention d'un RV hors urgence	10 jours	24 h
Possibilité de recevoir des patients en urgence	oui	oui
Participation au réseau INSEME	Non ?	oui

3.1.4 Les possibilités de formation diplômante

Le département des Sciences Médicales et de Biologie humaine de la Faculté des Sciences de Corte (Université de Corse) a mis en place, à la rentrée 1997, et à l'initiative notamment de l'association d'usagers A Salvia, un DU intitulé « Prise en charge et soins paramédicaux aux malades dépendants et en fin de vie - algologie ». Cet enseignement a été interrompu, après 4 années d'existence, en septembre 2002.

Un projet de formation en cancérologie, en cours de recherche de financement, prévoit entre autres la création d'un DU « Prise en charge de la douleur » à destination des professionnels de santé médecins et non médecins. La formation serait assurée par des professionnels régionaux. Le coût de la formation (129 heures) est estimée à 23 850

²⁸ Une consultation douleur informelle existe dans l'établissement depuis 2004. Il est prévu une structuration de cette consultation au second semestre 2007.

euros (129 heures multipliées par le prix de revient de l'heure groupe en formation continue soit 150 euros).

3.2 Le point de vue des usagers

Des histoires individuelles difficiles

Toutes les histoires de douleurs chroniques sont différentes, mais le retentissement de la douleur sur la vie de tous les jours, le cheminement parfois long avant de trouver le médecin qui sait écouter et apporter un soulagement au moins partiel, l'importance du dialogue et de la confiance restaurée entre le patient et celui qui le prend en charge, sont mis en avant dans tous les témoignages recueillis. Quelle que soit la durée écoulée depuis l'apparition de la douleur dans l'existence des patients interrogés, celle-ci a profondément modifié leur vie, jusqu'à créer dans certains cas une distension, voire une rupture, des liens amicaux et familiaux, lorsque le spectacle de la douleur est devenu insupportable à l'entourage.

Qu'ils aient été adressés au médecin spécialiste de la douleur par un autre médecin ou par des amis, les malades ne connaissaient généralement pas, avant cette première consultation, l'existence de médecins spécialistes de la douleur en Corse. Ils ont tous été reçus pour la première fois en consultation moins de 15 jours après la prise de rendez vous. La douleur qui remplit leur vie est évoquée avec beaucoup de pudeur, surtout chez les patients les plus âgés.

Mme V., 53 ans, souffre de fibromyalgie évolutive depuis 1995. En 1999, sa douleur est devenue chronique. Elle a consulté différents médecins sans résultat, avant d'être mise en rapport avec un spécialiste de la douleur en Corse en mars 2006. Depuis, ses douleurs sont soulagées « à 40 % » avec un traitement dont les effets secondaires sont jugés insignifiants par la patiente. C'est un médecin qui la suit pour un autre problème de santé qui l'a orientée vers ce spécialiste.

La douleur a complètement envahi la vie de Mme V. et a été la cause de l'éloignement de la plupart de ses amis, ainsi que de son mari. Mme V. n'a pas d'enfant et vit seule, aidée dans les gestes de la vie quotidienne par une femme de ménage qui lui fait les repas, les courses, le ménage, l'accompagne à l'extérieur. Mme V se déplace avec l'aide de cannes, et doit recourir au fauteuil roulant pour les longs trajets. Elle s'efforce pourtant de garder prise sur sa vie, et de ne pas se laisser aller, de continuer à aller chez le coiffeur, à s'habiller pour sortir. Surtout elle veut préserver son autonomie et rester capable de vivre à son domicile. Elle est active dans le milieu associatif.

Mettre en place une consultation douleur pluridisciplinaire en Corse du Sud serait

« formidable », nous dit elle. Des possibilités de suivi à domicile pour les patients les moins mobiles lui paraissent intéressantes, ainsi qu'une équipe d'accueil véritablement pluridisciplinaire sur le lieu de consultation, disponible pour une écoute immédiate des patients se présentant.

Ses mots sont très forts : « *La douleur brise une vie* », « *J'ai pensé plusieurs fois à la solution finale* », « *On apprend à vivre avec la souffrance* ».

Mme F., 76 ans, souffre de douleurs post zostériennes depuis octobre 2006. Après avoir, en vain, essayé l'acupuncture, une guérisseuse et l'homéopathie, elle a été orientée vers un spécialiste de la douleur en Corse par le médecin traitant d'une amie.

La douleur avait « *démoli* », selon l'expression de sa fille, cette femme alerte qui n'avait jamais eu de problème de santé. Vivant jusque là seule et parfaitement autonome, elle a du être hébergée par sa fille durant deux mois, car elle ne conduisait plus, ne cuisinait plus, ne faisait plus son ménage...Aujourd'hui en voie de guérison, elle renoue peu à peu avec sa vie d'avant, et loue le médecin qui l'a prise en charge pour son humanité. Entre l'appel du médecin traitant et la première consultation chez le spécialiste, deux jours seulement se sont écoulés.

Ce qu'il faudrait faire pour améliorer la prise en charge de la douleur chronique en Corse ? Sa fille répond : « *d'abord rendre visible les consultations aux yeux des patients (information aux médecins traitants, inscription dans l'annuaire...)* ».

Mme C., 66 ans, est prise en charge depuis 4 ans par un spécialiste de la douleur en Corse pour une hernie discale compliquée d'un syndrome de Brown Sequard. Elle a été orientée vers ce médecin par le « *bouche à oreille* » et ne connaît aucun des autres médecins spécialistes de la douleur en Corse. Elle a été reçue pour la première fois en consultation moins de 10 jours après l'appel initial. Partiellement soulagée par son traitement actuel, elle vit avec son mari, bénéficie de l'aide d'une infirmière pour la toilette, et de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA).

« *Oui, il faudrait des consultations plus visibles, des concertations entre les médecins, et peut être la possibilité d'un suivi à domicile pour les patients les moins autonomes* », dit son mari.

M. C, 64 ans, souffre de douleurs cancéreuses depuis 3 mois, et est pris en charge depuis un mois par un médecin spécialiste de la douleur en Corse. C'est un centre hospitalier qui l'a orienté vers ce spécialiste. Il n'a attendu que quelques jours entre la demande de premier rendez vous et celui-ci. Il se dit partiellement soulagé par un traitement qu'il supporte plutôt bien. La douleur, mais aussi la fatigue liée à sa maladie,

parasitent tous les gestes de sa vie quotidienne. Il est actuellement hébergé chez son frère, « *qui joue l'infirmier* ».

Mme O., 82 ans, souffre depuis un an et demi de douleurs des membres inférieurs à recrudescence nocturne. « *Je dormais assise à table, tellement j'avais mal dans mon lit* », dit elle. Il y a trois mois, son médecin traitant l'a adressée à un spécialiste de la douleur ; elle ne savait pas que de tels spécialistes existaient en Corse. Partiellement soulagée, elle renoue avec une vie « *normale* » et arrive à préserver son autonomie.

M. A. souffre depuis un an et demi de douleurs d'origine cancéreuse. Il a été orienté vers le spécialiste de la douleur qui le suit actuellement par un autre médecin du même établissement, alors qu'il ignorait tout des spécialistes en algologie en Corse. Mais il déplore de ne jamais avoir entendu parler de prise en charge de la douleur par l'équipe de cancérologie elle-même. Pour continuer à être soulagé, il est contraint aujourd'hui d'augmenter les doses d'antalgiques majeurs, avec en conséquence des effets secondaires plus importants. Ce qui lui pèse dans sa prise en charge actuelle : « *la lourdeur des soins et le côté « encombrant » de la pompe à morphine* ».

Selon ce patient, il serait nécessaire de mettre en place au moins deux pôles de consultation antidouleur dans la région, l'un à Ajaccio, l'autre à Bastia, et de faire connaître ces pôles par une campagne de communication.

Mme G., 54 ans, souffre de fibromyalgie depuis 1987. Elle a été prise en charge par des médecins spécialistes de la douleur sur le continent, avant de déménager en Corse et de prendre contact avec un algologue de la région. C'est par hasard qu'elle a eu connaissance de l'existence de ce spécialiste. Entre le premier contact téléphonique et le premier rendez vous, moins de 15 jours se sont écoulés.

La douleur a obligé cette femme autrefois très sportive et active à réduire considérablement ses activités, et à interrompre tout exercice professionnel, sans qu'elle ait droit pour autant à une reconnaissance officielle d'invalidité. Elle vit avec son mari, et essaie de préserver au mieux son autonomie dans les gestes de la vie quotidienne. « *J'ai l'impression que tout mon corps se rétracte, et ça fait terriblement mal* » « *C'est une lutte permanente* » « *Beaucoup de couples se séparent* » « *Plusieurs médecins m'ayant pris en charge antérieurement m'ont dit que je les ennuyais* ». Elle évoque la difficulté de rendre crédible sa douleur aux yeux des autres, soignant ou non soignant, alors qu'elle ne dispose que de mots pour décrire son mal, sans signe extérieur très visible.

Le point de vue des associations d'usagers

En Haute Corse, l'association d'usagers A Salvia et l'Union départementale des associations familiales (UDAF) militent depuis 10 ans pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur (aiguë et chronique) en milieu hospitalier, et la mise en place d'une consultation douleur au Centre Hospitalier de Bastia. Les deux associations reconnaissent que des progrès notables ont été accomplis dans ce domaine, mais que l'implication des services hospitaliers dans la lutte contre la douleur est inégale. Un satisfecit est décerné en particulier aux services de maternité, pédiatrie et néonatalogie, et neurochirurgie. Une seule plainte portant spécifiquement sur un défaut de prise en charge de la douleur a été relevée ces dernières années.

Les associations d'usagers de Corse du Sud n'ont pu être rencontrées faute de temps.

3.3 Les patients résidant corses vus en consultation douleur hors de la région

Au cours de l'année 2006, 19 patients domiciliés en Corse ont été vus en consultation douleur par le Dr Roussel à Marseille, 25 par le Dr Memram à Nice, et 5 par le Dr Giniès à Montpellier, soit un total de 49 patients corses retrouvés pour ces trois sites de consultations.

3.4 La dimension culturelle et sociale

Selon Georges Canguilhem, « *l'homme fait sa douleur bien plus qu'il ne la reçoit ou la subit*²⁹ ». La façon dont une personne vit sa douleur est très liée à la fois à son histoire propre en tant qu'individu, mais aussi au contexte social et culturel auquel il appartient.

Dans *Le corps en souffrance*³⁰, Marie Françoise Poizat Costa, anthropologue, parle, en évoquant le rapport à la maladie des corses, d' « *un vécu corporel pathologique de type hystérique dans un monde fermé* », avec un « *montrer* » typiquement méditerranéen ». Il n'y aurait pas, selon cet auteur, de réticence pour le patient corse à évoquer maladie et souffrance, alors qu'il serait au contraire plus difficile pour lui de parler de son plaisir. En même temps qu'il est mis en scène, le corps est méprisé, car il sert avant tout à la maladie, et non au plaisir.

²⁹ Georges CANGUILHEM, *Le Normal et le Pathologique*, Paris, PUF, 1966, p.57.

³⁰ Marie - Françoise POIZAT COSTA, *Le corps en souffrance, une anthropologie de la santé en Corse*. Paris : L'Harmattan, 1993.

La maladie par contre est bien acceptée voire recherchée car elle permet une reconnaissance sociale.

Parallèlement la culture catholique toujours très présente fait que la valeur rédemptrice de la douleur imprègne les consciences.

Le recours à des pratiques occultes telles l' « *Oghi* » n'est pas rare ; « se faire faire l'Oghi » signifie littéralement « se faire enlever le mauvais œil ».

Ainsi le rapport à la douleur dans la société corse est certainement complexe, avec de probables différences selon les générations. L'idée qu'on souffre pour expier, véhiculée par le catholicisme, reste présente dans les esprits. Une personne peut également souffrir parce que quelqu'un lui veut du mal. Même si évoquer ses problèmes de santé se fait volontiers, même si le recours au médecin est facile et encouragé, à la recherche en particulier d'une reconnaissance sociale de la maladie, il n'est pas exclu qu'on se tourne en parallèle vers des pratiques non médicales. Les professionnels de santé d'origine corse, surtout les moins jeunes, se trouvent vraisemblablement imprégnés des mêmes schémas et des mêmes contradictions que leurs patients.

4 DISCUSSION

4.1 Une large méconnaissance de la problématique de la prise en charge de la douleur chronique

Le recueil de données utilisé pour essayer de dresser un état des lieux de la prise en charge de la douleur, et plus particulièrement de la douleur chronique, en région Corse, ne peut prétendre à l'exhaustivité. Il aurait fallu pour cela interroger l'ensemble, ou du moins un échantillon représentatif, des professionnels de santé libéraux et hospitaliers, ainsi qu'un panel plus large d'usagers, choisis à la fois parmi les patients des consultations douleur, et parmi la population générale. Il aurait fallu enfin que les informations déclaratives récoltées soient vérifiées par des visites dans les différents établissements concernés. Cette façon de faire représentait un investissement en temps supérieur à celui qui pouvait être consacré à ce mémoire professionnel. L'exploitation des données rassemblées suggère néanmoins une large méconnaissance de la problématique de la prise en charge de la douleur chronique dans la région.

Les établissements de santé, en conformité avec la loi, ont dans leur très grande majorité pris en compte la douleur dans leur projet d'établissement. La plupart ont mis en place un CLUD. La désignation d'un référent douleur, la formation des soignants, la mise en place de protocoles de soins antalgiques, ne sont par contre pas achevées dans près d'un établissement sur quatre, ce qui traduit une implication réelle très récente de certains établissements dans la réflexion sur la douleur. Certains services sont néanmoins considérés, par les associations d'usagers, comme pionniers dans la prise en compte de la douleur ; il s'agit en particulier de services spécialisés qui ont initié, avant l'ensemble de leur établissement, une réflexion poussée sur le thème.

La réflexion sur la prise en charge de la douleur semble également encore timide au sein des établissements pour personnes âgées. Bien qu'une majorité ait déclaré avoir pris en compte la douleur dans leur projet d'établissement et formé leur personnel, seule une petite moitié a mis en place des protocoles d'évaluation et de soins antalgiques. Ceci ne signifie pas que la douleur des personnes âgées soit négligée ; presque tous les professionnels interrogés connaissaient une ou plusieurs méthodes d'évaluation de la douleur adaptées à la population prise en charge, et se déclaraient attentifs au problème. Néanmoins un travail formalisé sur le sujet n'a pas toujours été entrepris.

La situation des établissements pour personnes handicapées paraît proche de celle des établissements pour personnes âgées, avec des personnels sensibilisés, mais peu de réflexion formalisée.

Une réflexion sur la douleur paraît au contraire plus présente dans les services de soins infirmiers et d'hospitalisation à domicile. Elle est totalement absente des UCSA, dont le mode de fonctionnement est, il est vrai, particulier.

4.2 Des moyens insuffisants

Sept médecins titulaires d'une capacité ou d'un diplôme d'université sur la douleur se sont investis, de façon plus ou moins importante, dans la prise en charge de la douleur chronique en Corse. Il s'agit de médecins solidement formés et aux qualités cliniques hors pair qui savent écouter et réinventer la médecine.

Aucune de ces consultations douleur n'a pourtant fait l'objet d'une reconnaissance officielle par l'ARH, ce qui signifie que le temps de travail consacré par ces médecins aux patients douloureux n'est pas rétribué à sa juste valeur (recevoir un patient qui présente une douleur chronique demande environ une heure, de l'avis unanime des praticiens interrogés), et que la visibilité de l'activité n'est pas assurée, en particulier aux yeux des usagers. Aucune consultation douleur n'est mentionnée dans l'annuaire téléphonique ni dans l'annuaire des établissements, avec une exception pour la consultation du centre hospitalier d'Ajaccio.

A l'exception de celle-ci toujours, ces consultations ne tiennent pas de statistiques sur leur file active. Le centre hospitalier d'Ajaccio dénombre 783 patients vus en 2005. Deux autres consultations de Corse du Sud évaluent, l'une à 4, l'autre à 5 voire 6, le nombre de leurs consultations hebdomadaires. Cela représenterait un total d'environ 400 consultations par an pour ces deux structures. On aurait donc au moins 1000 consultations douleur annuelles en Corse du Sud. On ne dispose pas d'informations sur le nombre de consultations douleur annuelles en Haute Corse.

Actuellement aucune de ces consultations n'a de caractère pluridisciplinaire. Cependant, même s'ils travaillent seuls et sans moyens, les professionnels de la douleur arrivent à recevoir leurs patients, pour une première visite, moins de 15 jours après la demande de rendez vous.

Le réseau INSEME, bien que dénommé régional, est avant tout implanté en Corse du Sud (90 patients sur 112 pris en charge en 2006 sont domiciliés dans ce département). Ses moyens limités ne lui permettent pas d'intervenir auprès de trop nombreux patients. Il est en théorie complémentaire des consultations douleur, en accompagnant les professionnels de santé libéraux pour une prise en charge de qualité à domicile. L'un des patients ayant témoigné est d'ailleurs suivi à la fois par un spécialiste de la douleur, et pris en charge à domicile par le réseau.

Ces différents constats valident la première hypothèse de travail proposée : la prise en charge de la douleur chronique n'est pas satisfaisante dans la région en raison d'une insuffisance objective de moyens mis en œuvre. Pas de consultations douleur chronique identifiées, peu de réflexion organisée et écrite sur la prise en charge de la douleur en établissement médicosocial, un travail récent et non encore totalement achevé dans les établissements de santé avec quelques services pionniers reconnus par les associations d'usagers.

4.3 Des moyens peu connus

Ces moyens insuffisants sont largement méconnus tant des professionnels que des usagers. Les informations recueillies auprès des établissements médicosociaux, des SSIAD, des services d'HAD, des UCSA, des médecins libéraux et des patients sont convergentes sur ce point. Sur l'ensemble des établissements et services interrogés, seul un professionnel de santé sur trois a déclaré connaître au moins un médecin prenant en charge la douleur chronique en Corse.

Parmi les 63 médecins libéraux ayant répondu au questionnaire de l'URML, trois sur quatre ont déclaré ne pas être au courant des possibilités de consultation offertes aux patients douloureux chroniques dans la région Corse. On peut pourtant imaginer que les médecins libéraux ayant répondu au questionnaire sont précisément ceux que la prise en charge de la douleur chronique intéresse, et qui seraient davantage susceptibles de s'être renseignés sur les ressources régionales en matière de prise en charge de la douleur. Il n'est donc pas exclu que les non répondants aient une connaissance encore moindre des spécialistes de la douleur en Corse. Ce n'est là qu'une supposition, mais assez peu hasardeuse.

Une éventuelle résistance des médecins à l'utilisation de traitements appropriés n'a été que rarement évoquée par les professionnels des établissements lors des différents entretiens. Il est dommage que la question n'ait pas fait partie du questionnaire à destination des médecins libéraux ; il n'est pas exclu que l'attitude des non répondants diverge sur ce point de celle des répondants. Les éléments disponibles ne permettent pas de conclure.

Le besoin de formation complémentaire est toutefois mis en avant par nombre des professionnels interrogés (59/101, soit un peu plus d'un sur deux), ce qui peut être une façon indirecte de reconnaître un manque de familiarité avec certains moyens antalgiques.

Il existe par ailleurs en Corse un vieillissement de la profession médicale. La moyenne

d'âge des médecins généralistes est de 49 ans ; 31% de ceux ci, et 36% des médecins spécialistes, avaient plus de 55 ans³¹ au 1^{er} janvier 2006. Cette proportion élevée de médecins « âgés », qui n'ont pas bénéficié d'un enseignement spécifique sur la prise en charge de la douleur lors de leur formation initiale, peut elle avoir des conséquences en terme de moindre sensibilisation à la problématique de la douleur chronique ? C'est envisageable.

4.4 De possibles freins culturels

Le langage, expression de la douleur, est en même temps le moyen de communication à l'autre. Il conditionne la relation du patient avec son médecin, sa famille, la société. Dans cette relation, l'expression de la douleur fonctionne comme un comportement opérant. Appel au soulagement, elle est aussi une façon de modifier les réactions de l'entourage. Cependant si les professionnels de santé d'origine corse, surtout les moins jeunes, conservent, même en arrière plan de leur esprit, la croyance catholique qu'on souffre pour expier, cette croyance peut être un frein inconscient à une véritable écoute du patient dont la plainte est justement centrée sur la douleur.

Si la reconnaissance sociale de la maladie est avant tout recherchée par le malade, il est possible que celui ci préfère mettre en avant d'autres symptômes que la douleur.

Une interlocutrice issue du milieu hospitalier, rencontrée en entretien, a suggéré que le fait que les 5 médecins impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique en Corse du Sud soient tous d'origine continentale, alors que les 2 médecins impliqués en Haute Corse dans cette même prise en charge sont d'origine corse, ne serait peut être pas étranger à une différence d'avancée entre les deux départements dans la réflexion sur la structuration de cette prise en charge. Selon cette interlocutrice, la Haute Corse serait restée beaucoup plus traditionnelle que la Corse du Sud et cette différence pourrait expliquer que la lutte contre la douleur ait plus de mal à s'implanter en Haute Corse. Les termes utilisés par cette personne pour évoquer la société corse traditionnelle sont « *mentalité montagnarde, pudique,* » « *grand courage face à la douleur* » et « *on est heureux quand on est malheureux* ».

Curieusement, un autre professionnel de santé a fait la remarque strictement inverse : la Corse du Sud se décrirait comme plus « *montagnarde* », plus « *pudique* » que la Haute Corse.

Le seul fait qui paraisse certain est une plus grande retenue des patients les plus âgés lorsqu'ils évoquent leur douleur. Il existerait donc une différence générationnelle dans

³¹ Source STATISS 2007. Disponible sur internet : <http://corse.sante.gouv.fr/stat4.htm>.

l'expression de la douleur. Cette différence générationnelle n'est certainement pas propre à la Corse, mais renvoie sans doute à l'expérimentation par les patients âgés de conditions de vie plus difficiles dans leur jeunesse, à une plus grande imprégnation religieuse, à l'habitude d'un moindre recours au médecin.

4.5 Une absence de volonté politique forte contrastant avec des besoins réels

Les moyens objectivement insuffisants affectés à la prise en charge de la douleur chronique en Corse ont peu progressé depuis la mise en place du premier plan douleur, en 1998, sans doute en raison d'un manque de volonté politique, et peut être, ainsi que cela vient d'être évoqué, de certains freins culturels.

Dès 1997 pourtant, alors qu'une réflexion sur la douleur et sa prise en compte s'initiait en France depuis quelques années, la Corse était désignée comme région pilote afin de sensibiliser le personnel à une prise en charge pluridisciplinaire de la douleur ; des groupes de travail réunissant médecins, infirmiers et surveillants d'unités d'anesthésie et de réanimation étaient mis en place au sein des établissements hospitaliers d'Ajaccio, Bonifacio, Tattone et Castelluccio.

En 1998, deux médecins référents sont désignés, l'un neurochirurgien au centre hospitalier de Bastia, l'autre anesthésiste réanimateur au centre hospitalier d'Ajaccio, pour travailler en relation directe avec le réseau PACA et l'unité douleur mise en place au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Nice. Une consultation douleur est alors installée à Ajaccio, cependant qu'à Bastia la réflexion reste limitée au seul service de neurochirurgie, pionnier au sein de l'établissement dans la prise en charge de la douleur.

En 1999 les médecins algologues de Corse du Sud font une tentative de collaboration pluridisciplinaire, associant à leur compétence propre des infirmières, kinésithérapeutes, psychologues et pharmaciens, dans un réseau resté informel mais ayant fonctionné durant deux années, le réseau Corse douleur. Un travail autour d'un dossier douleur et d'une fiche de liaison est réalisé.

Le besoin en structures spécialisées est pourtant unanimement reconnu par les professionnels interrogés (73/101 soit 72%). L'enquête auprès des consultations douleur de Nice, Marseille et Montpellier, n'a permis de retrouver qu'un petit nombre de patients pris en charge par ces consultations (49 en 2005). Soit les consultations douleur interrogées ne sont pas celles qui reçoivent la majorité des résidents corses, soit les patients domiciliés en Corse et souffrant de douleurs chroniques vont peu se faire prendre en charge hors de l'île. Il faut alors supposer qu'ils se tournent vers des médecins non spécialistes de la douleur. Or l'enquête de l'URML auprès des médecins libéraux met en

lumière un certain « dénuement » de ceux-ci face à la prise en charge de la douleur. Ils sont une majorité à juger insuffisants leurs moyens actuels de prise en charge de la douleur chronique, et 63 % à être demandeurs de formation supplémentaire. Surtout, trois sur quatre ne connaissent pas les algologues exerçant en Corse, ce qui ne leur permet pas de jouer correctement un rôle d'orientation et de conseil auprès de leurs patients.

Une étude récente³² de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), publiée en janvier 2007, a tenté d'évaluer les besoins de soins des français à partir d'une combinaison d'indicateurs (l'âge, la morbidité via les affections de longue durée (ALD³³), la mortalité et la précarité à travers la couverture maladie universelle complémentaire). L'étude donne comme résultat final une carte de France où les cantons sont classés par rapport à la moyenne nationale dans une échelle des besoins à 5 niveaux. La Corse est en tête des six régions, (Corse, Auvergne, Limousin, Nord Pas-de-Calais, Bourgogne et Languedoc-Roussillon) dont un pourcentage important de la population a un niveau de besoins de soins élevé à très élevé par rapport à l'ensemble de la France. Ces résultats s'expliquent en particulier par la pyramide des âges de la population corse et la proportion élevée de reconnaissance en affections de longue durée. Certes, le nombre d'ALD dépend, outre de la morbidité régionale, d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. On peut néanmoins considérer que les patients bénéficiant d'une reconnaissance en affections de longue durée sont particulièrement « à risque » de souffrir de douleurs chroniques.

4.6 La douleur chronique : un véritable problème de santé publique

La douleur chronique, par sa fréquence et ses conséquences, peut être considérée comme un véritable problème de santé publique. D'après une compilation de données récentes provenant de plusieurs pays (Canada, France, Australie, Royaume-Uni, Espagne, Suède, Écosse, Pays-Bas), elle toucherait en moyenne 35 % des adultes³⁴.

³² *Les besoins de soins en France. Méthodes et résultats 2005*. Disponible sur internet : <http://www.urcam.assurance-maladie.fr>

³³ Les ALD permettent la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Depuis 1987, une liste régulièrement révisée de trente affections ouvre droit à une exonération du ticket modérateur.

³⁴ Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. Rapport

Dans une étude réalisée en France par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE), 43 % des patients vus en consultation se plaignent de douleur ; les douleurs chroniques représentent 24% de l'ensemble de ces plaintes douloureuses³⁵.

Par ailleurs la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge³⁶, ce qui laisse à prévoir une augmentation prochaine des cas de douleur chronique, en raison du vieillissement de la population.

Le coût financier de la douleur chronique (tant pour le patient que pour la société) ne doit également pas être négligé, qu'il s'agisse du coût direct lié au traitement et aux soins, ou du coût indirect en rapport avec l'absentéisme au travail.

Les répercussions de la douleur chronique sur la vie des personnes atteintes et de leur famille peuvent être dévastatrices, touchant l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients.

Enfin la surveillance et l'identification précoce des douleurs sont peut être le seul moyen pour réduire leurs conséquences. En effet l'une des hypothèses actuellement avancées pour comprendre pourquoi certaines douleurs ne disparaissent pas avec le temps et les traitements est qu'au départ, on ne traite pas de manière assez combative la douleur lorsqu'elle est aiguë. Avec le temps, la douleur entraînerait des changements chimiques dans les circuits nerveux du cerveau et de la moelle épinière. Ainsi, le système nerveux « mimerait » la douleur, même si la blessure initiale est guérie. C'est pourquoi certains médecins et chercheurs estiment que la douleur chronique est une maladie en soi.

Tous ces arguments plaident pour la mise en place d'une prise en charge structurée de la douleur chronique dans chaque région française.

préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd (AETMIS 06-04). Montréal : AETMIS, 2006, p.vii.

³⁵ Dominique HUAS, Sylvie GERCHE, Pierre TAJFEL. Prévalence de la douleur en médecine générale. La Revue du Praticien Médecine Générale 2000;14,512:1837-41

³⁶ J.Y. LELAND Chronic pain : primary care treatment of the older patient. *Douleur chronique : prévention chez le patient âgé*, in : *GERIATRICS*, 1999/01, vol. 54, n°1, 23-34, 37.

5 QUELLES PROPOSITIONS FORMULER AUJOURD'HUI POUR QUE LA CORSE METTE EN PLACE UNE PRISE EN CHARGE REGIONALE STRUCTUREE DE LA DOULEUR CHRONIQUE ?

Les textes officiels prévoient que le malade douloureux chronique doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge spécifique fondée sur des règles d'organisation et des principes thérapeutiques fixés dans la circulaire DGS/DH n°3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et à la prise en charge des douleurs chroniques. Il s'agit :

- d'assurer une approche pluridisciplinaire pour appréhender les diverses composantes du syndrome douloureux chronique et proposer une combinaison de thérapeutiques,
- de décider d'une thérapie adaptée après bilan complet comprenant la réévaluation du diagnostic initial,
- d'obtenir la confiance du malade, sa coopération avec l'équipe soignante, son adhésion au traitement et, en cas d'insuccès partiel ou total, lui apprendre à vivre avec sa douleur,
- de prendre en compte l'environnement familial, culturel et social du malade,
- de pratiquer régulièrement une évaluation rétrospective du travail accompli par l'équipe, de participer à la recherche et à l'enseignement.

5.1 Une nécessaire mutualisation des moyens

Compte tenu de la géographie particulière de l'île et du petit effectif des ressources humaines médicales impliquées dans la prise en charge de la douleur chronique, compte tenu également de la population peu nombreuse, inégalement répartie entre deux pôles urbains principaux et des zones rurales, en particulier dans le centre, en voie de désertification, la nécessité de mutualiser les moyens apparaît comme prioritaire. Au delà la possibilité d'offrir des possibilités de consultation avancée au domicile même des patients serait un atout considérable.

La mise en place de **deux pôles de consultation**, l'un en Haute Corse, l'autre en Corse du Sud, est un impératif dicté par la géographie de l'île. Ces deux pôles seraient situés dans les deux préfectures, Bastia et Ajaccio, puisque 6 des 7 médecins impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique y exercent.

Chacun de ces pôles devrait avoir au moins un secrétariat dédié, avec ligne téléphonique particulière, une **équipe pluridisciplinaire** comportant au moins un temps d'infirmier et un temps de psychologue, la possibilité de recourir si besoin à un plateau technique et à

des lits d'hospitalisation afin de pouvoir par exemple affiner un diagnostic ou ajuster un traitement. Ces pôles devraient être implantés dans un établissement de santé, public ou privé, sachant que la mutualisation des moyens dans le domaine de la prise en charge de la douleur chronique passe aussi par des collaborations entre établissements. Le choix du lieu d'implantation de la consultation douleur dans un établissement donné n'exclut donc pas que des moyens humains et techniques issus d'un autre établissement y participent également. Sur la forme que pourraient revêtir de façon formelle les collaborations entre établissements, on peut imaginer la simple signature de conventions de mise à disposition de personnels et de moyens, ou de façon plus aboutie la création de groupements de coopération sanitaire (GCS)³⁷. L'avantage de ce dernier montage juridique est de permettre l'intégration de médecins libéraux.

Des consultations avancées pourraient être organisées dans les différents hôpitaux locaux des deux départements : Corte en Haute Corse, Sartène et Bonifacio en Corse du Sud. Ces consultations avancées pourraient être utilement complétées dans un second temps par la création d'équipes mobiles susceptibles d'intervenir tant auprès des médecins libéraux que dans les établissements médico sociaux, les structures d'HAD, les SSIAD voire les UCSA.

Il existe déjà à Ajaccio une équipe mobile de soins palliatifs dont on pourrait éventuellement envisager qu'elle évolue vers une équipe mobile soins palliatifs/douleur. A Bastia un projet de coopération public/privé sous forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) est en réflexion pour la mise en place d'une équipe mobile soins palliatifs/douleur.

L'établissement privé impliqué désire par ailleurs mettre en place une consultation douleur. Cependant pour obtenir une reconnaissance ARH, il lui faudra envisager de travailler en partenariat avec un autre établissement, sous peine de ne pas atteindre le seuil des 500 consultations externes annuelles (voir 5.3).

Sur les cinq années de fonctionnement du DU « Prise en charge et soins paramédicaux aux malades dépendants et en fin de vie – algologie » organisé à Corte, 50 à 70 professionnels (infirmiers, kinésithérapeutes...) ont été formés, qui représentent un vivier vraisemblablement actuellement sous utilisé dans le domaine de la douleur.

Afin de rompre l'isolement des médecins travaillant dans la prise en charge de la douleur chronique, des **réunions pluridisciplinaires** devraient être mises en place, sur un rythme

³⁷ Articles L6133-1 à L6133-6 du CSP.

par exemple mensuel, avec discussion et échange autour de cas cliniques. Pour faciliter l'échange entre professionnels, un **modèle de dossier médical unique** devrait être envisagé.

Des actions de communication vers la population et les professionnels de santé sont également nécessaires pour que l'activité des consultations douleur soit visible. Des possibilités de formation diplômante sur place serait un atout. Le besoins d'informations sur le thème de la douleur, dispensées par exemple dans le cadre de la formation médicale continue, a été exprimé par les praticiens libéraux.

Ces préconisations valent pour les deux départements, et il serait souhaitable que des échanges se mettent également en place au niveau régional, entre professionnels des deux départements. Les algologues de Corse du Sud, qui ont déjà beaucoup travaillé sur des projets d'amélioration de la prise en charge de la douleur en Corse, ont récemment créé la Société corse d'étude et de traitement de la douleur. Cette société, déclarée à la préfecture de la Corse-du-Sud le 19 janvier 2007, a pour objet la prise en charge médico-psychosociale d'explorations, d'évaluations et de traitements de la douleur, l'établissement de références standards, la promotion de l'enseignement et de la recherche, la participation à la formation universitaire, post-universitaire et permanente, la prévention de la chronicisation de la douleur.

Ces spécialistes n'ont plus besoin que d'un financement, de plus assez modeste, pour mettre en place une véritable consultation douleur pluridisciplinaire. Par émulation, on peut imaginer que la Haute Corse serait alors entraînée à suivre le même exemple.

5.2 Quel financement envisager pour la mise en place de véritables consultations douleur ?

La prise en charge de la douleur (que ce soit en consultation ou en équipe mobile) relève des missions d'intérêt général (**MIGAC**). Cependant l'enveloppe des MIGAC pour une région donnée est proportionnelle à la population de ladite région ; la Corse, région peu peuplée, se trouve de ce point de vue pénalisée, avec une enveloppe MIGAC restreinte imposant de faire des choix entre différentes priorités possibles.

Le renforcement en personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique, prévue dans le plan national douleur 2006-2010 (objectif 2 : faciliter l'accès aux structures douleur chronique rebelle), est envisagée, dans le cadre de ce plan, sur financement **Assurance maladie**. Une enveloppe de 8,8 millions d'euros sur 5 ans serait disponible. Là encore, l'allocation budgétaire doit se faire sur l'ensemble des régions au prorata de la population.

L'amélioration des conditions d'accueil et d'accessibilité, également prévue dans le cadre du dernier plan douleur, est possible sur le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (**FMESPP**) ; 4 millions d'euros sont prévus sur 5 ans.

5.3 Que faut il pour qu'une consultation douleur soit officiellement reconnue par l'ARH ?

La reconnaissance d'une consultation douleur, et son financement, peuvent être envisagés par l'ARH à partir d'un nombre annuel de consultations médicales externes de 500. En deçà de 500 consultations par an, la mutualisation avec un autre établissement doit être envisagée.

Entre 500 et 1000 consultations par an, le forfait de base construit par la DHOS est le suivant :

- 0,6 équivalent temps plein (ETP) de praticien hospitalier pour la prise en charge médicale
- 0,5 ETP d'infirmier + 0,5 ETP de secrétariat + 0,5 ETP de psychologue pour la prise en charge non médicale
- 2% pour les frais de structure

Soit un forfait de base de 131 130 euros.

Au-delà de 1000 consultations s'ajoutent au forfait de base :

- Prise en charge médicale : +0,4 ETP toutes les 500 consultations
- Prise en charge non médicale : +0,6 ETP toutes les 1000 consultations

L'estimation à minima des consultations douleur actuellement réalisées en Corse du Sud est de 1000. Le nombre de consultations en Haute Corse, si on envisage une mutualisation de moyens entre les deux établissements actuellement impliqués, peut certainement atteindre les 500. La reconnaissance officielle de deux pôles de consultation, un dans chacun des deux départements de Corse, est donc tout à fait envisageable.

En pratique il est espéré que ce document puisse constituer à la fois un plaidoyer utilisable par les médecins algologues qui se battent pour mettre en place une véritable consultation douleur en Corse, et un document de travail pouvant être utilisé par les professionnels tant hospitaliers que libéraux et institutionnels comme trame de réflexion sur le thème de la prise en charge de la douleur chronique.

Conclusion

La douleur chronique devrait être, en Corse comme ailleurs, reconnue comme un problème de santé publique majeur justifiant l'allocation de ressources suffisantes pour développer et mettre en place une prise en charge structurée au niveau régional. Cette structuration de la filière douleur passe par une mutualisation des moyens existants, afin de pouvoir créer dans chacun des deux départements de la région un pôle de consultation douleur chronique ayant une activité suffisante pour pouvoir être reconnu par l'ARH. Ces pôles de consultation doivent être identifiables aussi bien pour le public que pour les professionnels de santé. Une organisation en réseau et/ou des équipes mobiles permettrait d'assurer au mieux une couverture territoriale large.

La reprise de formations locales permettrait par ailleurs de poursuivre la sensibilisation des professionnels de santé à la problématique de la prise en charge de la douleur, la réflexion sur ce thème restant encore timide en particulier dans les établissements médico sociaux.

Tous ces éléments ne pourront se mettre en place qu'appuyés par une véritable volonté politique et institutionnelle.

L'engagement de lutter contre la douleur est une façon de rendre à la médecine une dimension humaine face à des soins de plus en plus techniques. L'intérêt porté à la douleur est aussi un reflet de la place qu'une civilisation accorde à la personne, dans la mesure où la prise en charge de la douleur répond à un objectif humaniste, éthique et de dignité de l'homme.

Bibliographie

Ouvrages, articles, rapports

- Attentes des patients porteurs de maladies chroniques. Pour le plan d'amélioration de la qualité de vie des maladies chroniques. Direction générale de la santé – Ecole de santé publique de Nancy – Décembre 2004.
- CEMKA-EVAL. *Enquête relative aux structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle*. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins . 2004.
- CANGUILHEM G. *Le Normal et le Pathologique*. Paris : PUF, 1966, 224 p.
- DOBKIN P, BOOTHROYD L. *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé*. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Montréal : AETMIS, 2006. 97 p. Disponible sur internet : http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/fr_publications_2006.phtml
- Era-Pain « Toward an integrated network for pain management research programmes in Europe ».
- FONTAINE MM ; MARGOLIN JC, CEARD J. *Le Corps à la Renaissance*. Actes du trentième colloque international d'études humanistes. 1987. Tours. Paris : Aux amateurs de livres, 1990. 502 p.
- HARSTALL C. *How prevalent is chronic pain?* Pain, 2003, t X, pp 1-4.
- HUAS D, GERCHE S, TAJFEL P. *Prévalence de la douleur en médecine générale*. La Revue du Praticien Médecine Générale 2000 ; t 14 n°512, pp 1837-41
- JÜNGER E. *Sur la douleur*, traduit de l'allemand par Julien Hervier. Paris : Le Passeur, 76 p.
- LE BRETON D. *Anthropologie de la douleur*. Edition revue et complétée. Paris : Métailié, 2006. 239 p.
- LERICHE R. *Chirurgie de la douleur*. Paris : Masson, 1937.
- LELAND J.Y. *Chronic pain : primary care treatment of the older patient*. *Douleur chronique : prévention chez le patient âgé*. GERIATRICS, janvier 1999, vol. 54, n° 1, pp 23-34, 37, tabl. 26.
- LOTHON DEMERLIAC C, LAURENT-BEQ A, MAREC P. *Evaluation du plan triennal de lutte contre la douleur*. Société française de santé publique. Rapport réalisé à la demande de la Direction Générale de la Santé. Octobre 2001. 17 p.
- MERKSEY H. *Pain terms: a list with definition and notes on usage*. Pain 1979, t.6, pp. 249–252.
- MOULIN DE, CLARK AJ, SPEECHLEY M et all. *Chronic pain in Canada - Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia*. Pain Research & Management, 2002; t 7 n°14, pp179-184.
- MOJON B. *Sull'utilita del dolore, De l'utilité de la douleur physique et morale*. Trad. de l'italien par M. le baron Michel de Trétaigne. Paris : Dentu, 1843,139p. (1^{er} éd., 1811).

- PETIT M.A. *Discours sur la douleur*, prononcé à l'ouverture des cours d'anatomie et de chirurgie de l'hospice général des malades de Lyon en guise de testament professionnel devant ses élèves et collègues le 28 brumaire de l'an VII soit le 21 novembre 1799 . Paris : Reyman, p 90.
- POIZAT COSTA MF. *Le corps en souffrance, une anthropologie de la santé en Corse*. Paris : L'Harmattan, 1993. 127 p.
- REY R. *Histoire de la douleur* Paris : La Découverte & Syros, 2000. 420 p.
- Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour la prise en charge des douleurs provoquées lors des ponctions lombaires, osseuses et sanguines chez l'adulte atteint de cancer. FNCLCC. Janvier 2005. Disponible sur internet : <http://www.fnclcc.fr/>
- Recommandations pour la pratique clinique : Standards, Options et Recommandations pour l'évaluation de la douleur chez l'adulte et l'enfant atteints d'un cancer. FNCLCC. Septembre 2002. Disponible sur internet : <http://www.fnclcc.fr/>
- SEBAG LANOE R, WARY B, MISCHLICH D. *La douleur des femmes et des hommes âgés*. Paris : Masson, 2003. 324 p.
- YVOREL JJ. « La transformation du rapport à la douleur au XIXe siècle », in *La Douleur. Approches disciplinaires*. Paris : L'Harmattan, 1992. p.69.

Textes de loi, circulaires, programmes nationaux

- Bulletin Officiel n° 9113 bis "la douleur chronique : les structures spécialisées dans son traitement". 1991.
- Circulaire DGS/DH n° 3 du 7 janvier 1994 relative à l'organisation des soins et la prise en charge des douleurs chroniques
- Article L. 710-3-1 du code de la santé publique introduit par la Loi n°95-116 du 4 février 1995.
- Circulaire du Secrétariat d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale du 29 mai 1997 sur "L'organisation de la lutte contre la douleur dans les établissements de santé.
- Circulaire DGS/DH n°98/47 du 4 février 1998 relative à l'identification des structures de lutte contre la douleur chronique rebelle.
- Circulaire DGS/DH N° 98/586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés
- Circulaire DGS/DH/DAS N°99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales
- Article L.1110-5 du Code de la Santé Publique. (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).
- Circulaire DHOS/E2/2002/266 du 30 avril 2002, relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé
- Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

- article L.6144-1 du code de la santé publique (ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé – Titre I – article 3).
- Article R4127-37 du Code de la Santé Publique (Décret n° 2006-120 du 6 février 2006)
- Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006- 2010. Disponible sur internet : http://www.cnrdr.fr/IMG/pdf/plan_douleur06_2010.pdf
-
-

Liste des annexes

ANNEXE I : grille d'entretien établissements pour personnes âgées

ANNEXE II : grille d'entretien établissements pour personnes handicapées

ANNEXE III : grille d'entretien infirmiers/aide soignants des SSIAD/HAD

ANNEXE IV : grille d'entretien infirmiers/médecins des UCSA

ANNEXE V : questionnaire adressé aux médecins libéraux

ANNEXE VI : grille d'entretien médecins des consultations douleur

ANNEXE VII : grille d'entretien patients des consultations douleur

ANNEXE VIII : quelques données statistiques sur la Corse

ANNEXE I

Grille d'entretien établissements pour personnes âgées

Inspiré de « Les bonnes pratiques de soins en EHPAD – quelques recommandations – DGS/DGAS » et de « DREES. Document de travail : la PEC de la douleur chronique ou liée aux soins chez la personne âgée, par le médecin de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. Elodie David, Bruno Maresca, Aubane Fontaine. N°63. Août 2006. »

Établissement :

Date d'entretien :

Personne interrogée : (responsable du CLUD si un CLUD existe, référent douleur si un référent est désigné, ou à défaut personne désignée par le chef d'établissement comme la mieux qualifiée pour répondre aux questions sur la prise en charge de la douleur).

La prise en charge de la douleur est elle inscrite dans le projet d'établissement ?

Existe t'il un CLUD dans l'établissement ?

Existe t'il un référent douleur dans l'établissement ?

Existence de protocoles d'évaluation de la douleur ?

Existence de protocoles de soins antalgiques ?

Le personnel a t'il reçu une formation sur la douleur : type de formation – durée – date

 Médecins :

 Infirmiers

 ASH

 Autres

Comment jugez vous des niveaux de souffrance ressentie par le patient ? Comment établissez vous s'il s'agit de douleurs chroniques ? de douleurs liées aux soins ?

Avez vous recours pour certains de vos patients à des traitements alternatifs pour la douleur (sophrologie, kinésithérapie, acupuncture...) ?

Si un patient n'est pas soulagé par le traitement, ou présente des effets secondaires, que faites vous ? Comment est il pris en charge ? Où est il adressé ?

Sur ces questions de diagnostic et de traitement de la douleur, estimez vous être suffisamment averti, formé ?

Connaissez vous les médecins qui prennent en charge la douleur en Corse ? Pouvez vous citer un nom ? Lui/leur avez vous déjà envoyé un patient ?

Pensez vous qu'il existe un besoin de structures spécialisées pour la prise en charge de la douleur en Corse ? sous quelle forme : consultation, avec ou non possibilité d'hospitalisation ?

ANNEXE II
- Grille d'entretien établissements pour personnes handicapées

Etablissement :

Date d'entretien :

Personne interrogée : (responsable du CLUD si un CLUD existe, référent douleur si un référent est désigné, ou à défaut personne désignée par le chef d'établissement comme la mieux qualifiée pour répondre aux questions sur la prise en charge de la douleur).

La prise en charge de la douleur est elle inscrite dans le projet d'établissement ?

Existe t'il un CLUD dans l'établissement ?

Existe t'il un référent douleur dans l'établissement ?

Existence de protocoles d'évaluation de la douleur ?

Existence de protocoles de soins antalgiques ?

Le personnel a t'il reçu une formation sur la douleur :

 Médecins : type de formation – durée – date

 Infirmiers

 ASH

 Autres

Comment jugez vous des niveaux de souffrance ressentie par le patient ? Comment établissez vous s'il s'agit de douleurs chroniques ? de douleurs liées aux soins ?

Quels outils d'évaluation de la douleur utilisez vous ? Ces outils sont ils à votre sens suffisants, en particulier pour les patients ayant le plus de difficultés à communiquer ?

Avez vous recours pour certains de vos patients à des traitements alternatifs pour la douleur (sophrologie, kinésithérapie, acupuncture...) ?

Si un patient n'est pas soulagé par le traitement, ou présente des effets secondaires, que faites vous ? Comment est il pris en charge ? Où est il adressé ?

Sur ces questions de diagnostic et de traitement de la douleur, estimez vous être suffisamment averti, formé ?

Connaissez vous les médecins qui prennent en charge la douleur en Corse ? Pouvez vous citer un nom ? Lui/leur avez vous déjà envoyé un patient ?

Pensez vous qu'il existe un besoin de structures spécialisées pour la prise en charge de la douleur en Corse ? sous quelle forme : consultation, avec ou non possibilité d'hospitalisation ?

Annexe III
- Grille d'entretien infirmiers/aides soignants des SSIAD et HAD

Inspiré de « DREES. Document de travail : la PEC de la douleur chronique ou liée aux soins chez la personne âgée, par le médecin de ville, les services à domicile et l'hospitalisation à domicile. Elodie David, Bruno Maresca, Aubane Fontaine. N°63. Août 2006. »

Service :

Explicitation de l'activité du service :

Part des personnes âgées parmi les patients suivis :

Part des personnes handicapées parmi les personnes suivies :

Date d'entretien :

Personne interrogée : (nom, prénom, qualité, formation)

Parmi les cas que vous suivez, quelles sont les pathologies qui entraînent fréquemment des demandes relatives à la douleur ?

Avez vous une idée, dans votre clientèle, de la prévalence des douleurs chroniques ? des douleurs liées aux soins ?

La prise en charge de la douleur est elle inscrite dans le projet du service ?

Le service adhère t'il à un inter CLUD ? à un réseau douleur ?

Existe t'il un référent douleur dans le service ?

Utilisez vous des protocoles d'évaluation de la douleur ?

Utilisez vous des protocoles de soins antalgiques ?

Avez vous reçu une formation sur la douleur ? Et les autres personnes du service ? (qualité, type de formation, durée, date)

Comment jugez vous des niveaux de souffrance ressentie par le patient ? Comment établissez vous s'il s'agit de douleurs chroniques ? de douleurs liées aux soins ?

Avez vous recours pour certains de vos patients à des traitements alternatifs pour la douleur (sophrologie, kinésithérapie, acupuncture...) ?

Si un patient n'est pas soulagé par le traitement, ou présente des effets secondaires, que faites vous ? Comment est il pris en charge ? Où est il adressé ?

Sur ces questions de diagnostic et de traitement de la douleur, estimez vous être suffisamment averti, formé ?

Connaissez vous les médecins qui prennent en charge la douleur en Corse ? Pouvez vous citer un nom ? Avez vous déjà eu recours à lui pour un patient ?

Pensez vous qu'il existe un besoin de structures spécialisées pour la prise en charge de la douleur en Corse ? sous quelle forme : consultation, avec ou non possibilité d'hospitalisation ?

Annexe IV
- Grille d'entretien infirmiers/médecins des UCSA

Établissement :

Date d'entretien :

Personne interrogée : (nom, prénom, qualité, formation)

Horaires d'ouverture de l'

Des protocoles d'évaluation de la douleur ont ils été mis en place ?

Des protocoles de soins antalgiques ont ils été mis en place ?

Avez vous été déjà confronté à un problème de douleur chronique chez une personne en prison ?

Si oui, qu'avez vous fait ?

Si non, que feriez vous si le cas se présentait ?

Avez vous reçu une formation sur la douleur ? Et les autres personnes du service ?
(qualité, type de formation, durée, date)

Sur ces questions de diagnostic et de traitement de la douleur, estimez vous être suffisamment averti, formé ?

Connaissez vous les médecins qui prennent en charge la douleur en Corse ? Pouvez vous citer un nom ? Avez vous déjà eu recours à lui pour un patient ?

Pensez vous qu'il existe un besoin de structures spécialisées pour la prise en charge de la douleur en Corse ? sous quelle forme : consultation, avec ou non possibilité d'hospitalisation ?

Annexe v
Questionnaire médecins libéraux

I/QUELS SONT VOS MOYENS ACTUELS ?

Combien de patients douloureux chroniques suivez-vous ?

- Aucun Entre 1 et 3 Entre 4 et 10
 Entre 10 et 20 Plus de 20

Dans le cas où vous ne suivez aucun patient douloureux chronique, est ce parce que

- aucun patient douloureux chronique ne vous a consulté
 vous vous sentez démuni face à ce type de patients et vous les adressez systématiquement à une structure/ un confrère spécialisés ?

Comment prenez-vous actuellement en charge vos patients douloureux chroniques ?

- Seul
 En collaboration avec 1 ou plusieurs confrères spécialistes
(à quels spécialistes faites-vous le plus souvent appel – neurologue, rhumatologue ...)
 En collaboration avec une structure spécialisée d'un autre département
 Autre (précisez)

Connaissez vous les possibilités de consultation offertes aux patients douloureux chroniques dans la région (les deux départements de Corse) ?

- Oui Non

Si oui, pouvez vous les lister ?

Estimez-vous suffisants vos moyens actuels ?

- Oui Non

Travaillez-vous déjà avec une structure d'évaluation et de traitement de la douleur ?

- Oui Non

Si oui avec laquelle (lesquelles) ?

- En Corse : précisez.....
 CHU Marseille
 CHU Nice
 Autres (précisez)

II/ QU'ATTENDEZ – VOUS D'UNE CONSULTATION PLURIDISCIPLINAIRE REGIONALE ?

Quel est pour vous le délai raisonnable pour l'obtention d'un rendez-vous de consultation de douleur chronique ? (évoluant depuis plus de 3 mois)

1 semaine 2 semaines 1 mois 2 mois

Certaines pathologies mériteraient-elles un rendez-vous plus rapide ?

Lombalgies Céphalées Douleur du zona Algodystrophie
 Douleur cancéreuse Autres (précisez)

Comment souhaitez-vous être informé du suivi du patient au sein de la structure ?

Courrier (lettre, fax, e-mail) à chaque consultation
 Courrier après réunion de synthèse pluridisciplinaire
 Autre (précisez)

Pensez-vous pouvoir participer aux réunions de synthèse pluridisciplinaire concernant vos patients ?

1 fois par mois Oui Non
Autre rythme (précisez)

Etes-vous intéressé par des formations sur le thème de la douleur chronique ?

Oui Non

Si oui, sur quels sujets ?

Evaluation de la douleur
 Douleur chronique par pathologies (lombalgies, céphalées...
Vos choix personnels :)
 Techniques antalgiques (médicaments, voies d'administration, techniques ...)
 Aspects psychologiques du douloureux chronique
 Facteurs de chronicisation de la douleur
 Autres thèmes :

Si oui, sous quelle forme ?

Journée ou soirée thématique dans le cadre de la FMC
 Participation aux réunions pluridisciplinaires de la structure (questions – réponses sur les cas cliniques)
 Autres :

Seriez vous d'accord pour relayer un questionnaire sur la prise en charge de la douleur chronique auprès de vos patients (même s'ils ne sont pas concernés) ?

Oui Non

ANNEXE VI
Grille d'entretien médecins des consultations douleur

Identification du médecin :
Qualification (capacité, DU) :

Fonctionnement et activité de la consultation :

Année de création
Type
Localisation
Rattachement à un service
Disponibilité de lits dédiés, ou possibilité d'hospitalisation
Permanence téléphonique
Identification ARH
Personnel
Activité (nombre de consultations annuelles)
Pathologies les plus fréquentes
Participation à des formations

Origine des patients

Qui adresse les patients en consultation douleur ?
Délai moyen pour obtenir un RV hors urgence
Possibilité de recevoir des patients en urgence

Place de la consultation dans l'établissement

Intervention auprès des patients ou des équipes
Existence d'un CLUD
Existence d'une équipe mobile de soins palliatifs ou d'une équipe mobile douleur
Axes d'amélioration

ANNEXE VII
Grille d'entretien patients des consultations douleur

Présentation du contexte de l'entretien

Vous êtes : Mme, Mr.....Age.....Domicile.....

Suivi en consultation douleur par le Dr.....

Depuis combien de temps êtes vous suivi par ce médecin

Pouvez vous me parler du motif de suivi

Comment avez vous été orienté vers ce médecin ? Par qui ?

Le connaissiez vous avant d'être pris en charge par lui ?

Connaissez vous d'autres médecins spécialistes de la douleur en Corse ?

Depuis combien de temps souffriez vous avant d'être pris en charge par ce médecin?

Aviez vous été pris en charge pour votre douleur par d'autres médecins ? En Corse ? sur le continent ?

Combien avez vous attendu entre la demande de premier rendez vous et celui ci ?

Connaissez vous votre traitement actuel ?

A t'il des effets indésirables ?

Y a t'il d'autres remèdes qui vous font du bien ?

Etes vous soulagé par votre traitement ?

Votre médecin est il attentif ?

D'autres soignants s'occupent ils de vous ?

Votre douleur a t'elle un impact sur votre vie quotidienne ? vos relations avec vos proches ? votre sommeil ? votre appétit ?

Où vivez vous actuellement ? Avec qui ?

Etes vous satisfait de votre mode de prise en charge actuel ?

Quel serait selon vous le mode de prise en charge de votre douleur le plus adapté ? A domicile ? En milieu hospitalier ?

ANNEXE VIII

Quelques données statistiques sur la Corse

(tirées de STATISS 2007)

● Démographie

Données générales

Source : INSEE

Données	CORSE	Corse du Sud	Haute Corse
Superficie en km²	8 680	4 014	4 666
Population au 1er janvier 2000 révisée	262 608	119 906	142 702
Population au 1er janvier 2005	276 911	123 018	148 893
<i>Taux de variation annuel 2005-2000</i>	1,07%	1,32%	0,85%
Densité au 1/01/2005 en hab / km²	32	32	32
Naissances domiciliées 2004 définitives	2 672	1 228	1 444
Naissances domiciliées 2005 définitives	2 873	1 348	1 525
Décès domiciliés 2004 définitifs	2 679	1 313	1 366
Décès domiciliés 2005 définitifs	2 806	1 273	1 533
France métropolitaine : Population 1er janvier 2005 : 60 825 000 habitants			
Densité janvier 2005 : 112 habitants / km²			

2

● Indicateurs démographiques

Source : INSEE

Indicateurs	CORSE	Corse du Sud	Haute Corse
Taux de natalité en 2005 Naissances domiciliées pour 1000 hab.	10,4	10,5	10,2
Taux de mortalité en 2005 Décès domiciliés pour 1000 hab.	10,1	9,9	10,3
Taux de fécondité en 2005 Naissances pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	44,9	45,7	44,3
Taux mortalité infantile Décès de moins d'1 an / 1000 naissances (moy 2004-2003-2002)	2,8	3,7	2,1
Indice de vieillissement au 1.01.2005 65 ans et plus pour 100 personnes de - de 20 ans	87,9	85,9	89,7
France métropolitaine : Taux de natalité 2005 : 12,7 Taux de fécondité 2004 : 53,5			
Taux de mortalité 2005 : 8,6 Indice de vieillissement 2004 : 65,9			
Taux de mortalité infantile 2004-2002 : 4,0			

3